

**HYVÄ JA LAADUKAS PERIOPERATIIVINEN HOITOTYÖ
LÄNSI-POHJAN KESKUSSAIRAALAN LEIKKAUS- JA
ANESTESIAOSASTOLLA**

Jääskeläinen, Johanna
Peura, Riikka

Opinnäytetyö
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala
Terveystieteiden
Sairaanhoitaja (ylempi AMK)

2017

Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala
Terveystieteiden
Sairaanhoitaja (ylempi AMK)

Tekijät	Johanna Jääskeläinen	Vuosi	2017
Ohjaaja	Riikka Peura		
Toimeksiantaja	Airi Paloste		
Työn nimi	L-PKS		
Sivu- ja liitemäärä	Hyvä ja laadukas perioperatiivinen hoitotyö Länsi-Pohjan keskussairaalan leikkaus- ja anestesiaosastolla		
	85 + 4		

Näyttöön perustuva perioperatiivinen hoitotyö pohjautuu tieteelliseen tutkimusnäyttöön, hyväksi havaittuun toimintanäyttöön ja kokemukseen perustuvaan näyttöön. Testattu ja luotettava RAFAELATM-hoitoisuusluokitusjärjestelmä esiteltiin loppuvuonna 2015 Länsi-Pohjan keskussairaalan (L-PKS) leikkaus- ja anestesiaosastolle. Järjestelmän käyttöönotto edellyttää hoitajilta yhteistä näkemystä siitä, minkälaista on hyvä ja laadukas perioperatiivinen hoitotyö omassa työyksikössä. Tämän opinnäytetyön tarkoitus on kuvailla, minkälaista on hyvä ja laadukas perioperatiivinen hoitotyö L-PKS:n leikkaus- ja anestesiaosastolla. Opinnäytetyön tavoite on kehittää hyvää ja laadukasta perioperatiivista hoitotyötä. Tutkimus toteutettiin tapaustutkimuksena. Tutkimusaineistot kerättiin lomakekyselyllä ja havainnoimalla perioperatiivisen hoitotyön toteuttamista. Aineistot analysoitiin käyttäen induktiivista sisällön analyysia.

Tutkimuksen tulosten mukaan L-PKS:n leikkaus- ja anestesiaosastolla toteutetaan hyvää ja laadukasta perioperatiivista hoitotyötä muun muassa suunnitelmalla potilaiden hoitoa huolellisesti käytettävissä olevien tietojen perusteella. Potilaiden perioperatiivisen hoidon suunnitteluun käytetään aikaa potilasturvallisuuden varmistamiseksi. L-PKS:n leikkaus- ja anestesiaosastolla potilaiden hoitaminen vastaa heidän kuntoaan ja yksilöllisiä tarpeitaan. Potilaiden henkistä hyvinvointia tuetaan kuuntelemalla, keskustelemalla, kannustamalla ja ohjaamalla. Leikkaus- ja anestesiaosastolla työskentelevien hoitajien osaaminen varmistetaan riittävällä perehdytyksellä ja ajantasaisilla ohjeilla.

Tutkimustuloksista nostettiin ryhmätyömenetelmällä leikkaus- ja anestesiaosaston hoitajien kanssa ydinkohdat hyvän ja laadukkaan perioperatiivisen hoitotyön tarkistuslistaksi, mitä käytetään L-PKS:n leikkaus- ja anestesiaosaston optimaalisen hoitoisuuden määrittelyssä (PAONCIL). Tarkistuslistan avulla hoitajat arvioivat, ovatko he voineet toteuttaa hyvää ja laadukasta hoitotyötä. Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää hyvän ja laadukkaan perioperatiivisen hoitotyön kehittämiseksi L-PKS:n leikkaus- ja anestesiaosastolla. Opinnäytetyön tuottaman tiedon pohjalta voidaan kehittää ja tehostaa potilaiden perioperatiivista hoitotyötä L-PKS:ssa yhteistyön näkökulmasta.

School of Social Services, Health and Sports
Master's Degree Programme in Health Promotion

Authors	Johanna Jääskeläinen	Year	2017
	Riikka Peura		
Supervisor	Airi Paloste		
Commissioned by	Länsi-Pohja Central Hospital		
Subject of thesis	Good and High-Quality Perioperative Nursing Care in Länsi-Pohja Central Hospital Operating Department		
Number of pages	85 + 4		

Evidence-based perioperative nursing is providing nursing care based upon the most current, relevant research available in combination with personal clinical expertise. RAFAELA™ - system is a valid and reliable patient classification system which was introduced in Länsi-Pohja Central Hospital (i.e. L-PKS) operating department at the end of the year 2015. Implementation of the system requires consensus on good and high-quality perioperative nursing care among nurses. The purpose of this study was to describe what is good and high-quality perioperative nursing care like in L-PKS operating department. The study was carried out as a case study. Research data was collected with questionnaire and by observing perioperative nursing care performance. The data was analysed with inductive content analysis.

Perioperative nurses provide good and high-quality nursing care in the L-PKS operating department by careful planning of patients' perioperative care based on available information. Nurses take time in planning and organizing to provide safe and high-quality perioperative care for patients. Taking care of patients is based on patients' individual and unique care needs and their health conditions. The patients' emotional wellbeing is supported by listening, discussing, encouraging and guiding. Perioperative nurses' skills at the operation department are secured by sufficient mentoring and up to date instructions.

The results of this study were conducted into a checklist of good and high-quality perioperative nursing. The checklist will be used in operating departments' professional assessing of nursing care intensity level (PAONCIL). With the help of such a checklist, perioperative nurses can assess whether they have been able to take care of the patients according to it. The results of this study can be utilized in developing good and high-quality perioperative nursing care in operating department. Furthermore, with the information produced in this study, more efficient perioperative processes can be developed in co-operation with other wards in L-PKS.

Key words

Perioperative nursing, patient care needs, case study

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	PERIOPERATIIVINEN HOITOTYÖ	4
2.1	Arvot ja etiikka	4
2.2	Periaatteet ja toiminta	8
2.3	Sisältö, ydinalueet ja osaamisvaatimukset	13
2.4	Määritelmiä ja näkökulmia hoidon laatuun.....	21
2.5	Hoitotyön kehittäminen hoitoisuusluokitusten avulla.....	23
3	L-PKS:N LEIKKAUS- JA ANESTESIAOSASTON TOIMINTA	27
4	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET.....	30
5	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	31
5.1	Tapaustutkimus laadullisen tutkimuksen lähestymistapana.....	31
5.2	Aineiston hankinta	32
5.3	Aineiston analysointi.....	34
6	HYVÄ JA LAADUKAS PERIOPERATIIVINEN HOITOTYÖ L-PKS:N LEIKKAUS- JA ANESTESIAOSASTOLLA.....	39
6.1	Perioperatiivisen hoidon suunnittelu ja järjestäminen	39
6.2	Fysiologinen tasapaino	44
6.3	Lääkehoito, kipu ja pahoinvointi.....	47
6.4	Aseptiikka	51
6.5	Aktiviteetti/lepo, liikkuminen ja asento	55
6.6	Tuki, ohjaus ja jatkohoito sekä näytteet ja tutkimukset	58
6.7	Johtopäätökset	62
7	POHDINTA	70
7.1	Tutkimuksen eettisyyden ja luotettavuuden tarkastelua.....	70
7.2	Tutkimuksen merkitys työelämälle ja jatkotutkimushaasteet.....	74
7.3	Oman osaamisen kehittyminen	76
	LÄHTEET	79
	LIITTEET	86

TAULUKKOLUETTELO

TAULUKKO 1. LEIKKAUSHOITAJAN AMMATILLISEN PÄTEVYYDEN OSA-ALUEET JA NIIHIN SISÄLTÄVÄT HOITOTYÖN TOIMINNOT

TAULUKKO 2. ANESTESIAHOITAJAN AMMATILLISEN PÄTEVYYDEN OSA-ALUEET JA NIIHIN SISÄLTÄVÄT HOITOTYÖN TOIMINNOT

TAULUKKO 3. KIRJALLINEN TUTKIMUSAINEISTO KYSELYISTÄ

TAULUKKO 4. HYVÄ PERIOPERATIIVINEN HOITOTYÖ HOIDON SUUNNITTELU JA JÄRJESTÄMINEN OSA-ALUEELLA

TAULUKKO 5. HYVÄ PERIOPERATIIVINEN HOITOTYÖ FYSIOLOGINEN TASAPAINO - OSA-ALUEELLA

TAULUKKO 6. HYVÄ PERIOPERATIIVINEN HOITOTYÖ LÄÄKEHOIDON OSA-ALUEELLA

TAULUKKO 7. HYVÄ PERIOPERATIIVINEN HOITOTYÖ ASEPTIIKAN OSA-ALUEELLA.

TAULUKKO 8. HYVÄ PERIOPERATIIVINEN HOITOTYÖ AKTIVITEETTI JA LEPO, LIIKUNTA JA ASENTO OSA-ALUEELLA.

TAULUKKO 9. HYVÄ PERIOPERATIIVINEN HOITOTYÖ TUKI OHJAUS JA JATKOHOITO SEKÄ NÄYTTEET OSA-ALUEELLA

1 JOHDANTO

Suomessa toteutetaan parhaillaan suurta sosiaali- ja terveysjärjestelmän rakenteellista uudistusta, jonka tavoitteena on potilaiden paras. Kyse on siitä, millaisin järjestelmin kyetään edistämään väestön terveyttä ja hyvinvointia käytettävissä olevilla voimavaroilla. Tässä tarvitaan sekä syvällistä järjestelmien kehittämisen ymmärrystä että parasta käytettävissä olevaa tietoa. Organisaatioissa tulee etsiä, kriittisesti arvioida ja ottaa käyttöön parasta mahdollista saatavilla olevaa toisin sanoen näyttöön perustuvaa tietoa. Tällä hetkellä terveydenhuollossa kehitystoiminnan tavoitteena on hoidon ja palvelujen laadun parantaminen esimerkiksi kehittämällä olemassa olevia toimintaprosesseja sekä ottamalla käyttöön uusia menetelmiä ja laitteita. Hoitoalaa kuvastaa tarve saada oikeat ihmiset tekemään oikeita asioita saavuttaen oikeita lopputulemia. Tämä on pakottanut hoitoalaa standardoimaan ja vakioimaan toimintaansa. (Holopainen, Junttila, Jylhä, Korhonen & Seppänen 2013, 81; Rauta, Salanterä, Vahlberg & Junttila 2015, 1; Williams, Perillo & Brown 2015, 34; Gardner ym. 2016, 139; Malmivaara 2016, 1401.)

Hoitotyössä käytäntöjen kehittäminen kohti hyvää ja laadukkaampaa hoitotyötä on mahdollista tutkitun tiedon, hoito-ohjeiden ja systemaattisten katsausten avulla. Hoitajien tehtävä on antaa tutkimusnäyttöön perustuvaa, laadukasta hoitoa potilaille. Päättäjät ja johtajat ovat kiinnostuneita tutkimusnäytöstä, joka auttaa hoidon arviointia ja tehokkuutta koskevassa päätöksenteossa ja resurssien kohdentamisessa. Kehittämistyötä tehdään muun muassa pilotoimalla, arvioimalla, mallintamalla ja vertaisoppimalla, toisin sanoen benchmarking-toiminnan avulla. Benchmarking-toiminnassa voidaan sovitulla tunnusluvulla verrata samanlaisia toimintayksiköitä keskenään ja oppia ottamalla mallia organisaatiolta, jolla on osoittanut parhaat tulokset. Benchmarking -toiminta mahdollistaa laadun jatkuvan seurannan ja läpinäkyvyyden ja näyttöön perustuvan laadun kehittämisen, hyvien käytäntöjen oppimisen muilta sekä käytäntöjen yhtenäistämisen. (Fagerström & Rauhala 2007, 683; Fagerström 2009, 416, Holopainen ym. 2013, 37, 81; Baker 2017, 3.)

RAFAELATM-hoitoisuusluokitusjärjestelmä on esimerkki benchmarking -toiminnasta ja näyttöön perustuvan hoitotyön toteuttamisesta. Testattu ja validoitu hoitoisuusluokitusjärjestelmä on rationaalinen, systemaattinen ja objektiivinen tapa

esimerkiksi tukea resursointipäätöksiä. RAFAELA™ -hoitoisuusluokitusjärjestelmä perustuu potilaiden yksilöllisiin hoidon tarpeisiin tuottaen tiedon toteutuneesta hoitotyöstä suhteessa käytettävissä olevaan hoitohenkilöstön määrään. Kehitystyön tavoitteena oli henkilöstöresurssien kohdentaminen hoitoisuusmittausten avulla niin, että ne olisivat tasapainossa potilaiden hoidon tarpeiden kanssa, toisin sanoen hoitajilla olisi realistisia mahdollisuuksia antaa potilaille hyvää hoitoa. Mittarin sisällön validiteetti, luotettavuus ja käytettävyys on testattu yliopistollisissa keskussairaaloissa ja sen käyttöä suositellaan. (Fagerström, Nojonen & Åkers 2002, 181; Fagerström & Rauhala 2007, 683; Fagerström 2009, 416; Rauta & Vesanen 2015, 9; Rauta, Salanterä, Vahlberg & Juntila 2017, 1.)

RAFAELA™ -hoitoisuusluokituksen käyttöönottovaiheeseen liittyy hyvän ja laadukkaan perioperatiivisen hoitotyön määrittelemisen. Hoidon laatu ja hyvä hoito voidaan määritellä monesta eri näkökulmasta: potilaan, hoitajan tai organisatian. Lisäksi arvot ja etiikka vaikuttavat ihmisen käyttäytymiseen ja toiminnan laatuun. Sairaanhoidajien työtehtävät ja siten osaamisvaatimukset vaihtelevat yksikökohtaisesti, vaikuttaen hoitotyön toteuttamiseen. Jotta hyvän ja laadukkaan hoitotyön toteuttamista voidaan arvioida, jokaisella hoitajalla tulee olla yhteinen näkemys siitä, minkälaista on hyvä ja laadukas hoitotyö omassa työyksikössä. RAFAELA™ -järjestelmässä jokaisen potilaan katsotaan olevan oikeutettu kokonaisvaltaiseen hoitoon jokaisella hoidon tarpeen osa-alueella. (Salo & Tähtinen 1996, 11; Fry 1997, 7,31; Kassara ym. 2006, 12-13; Kvist, Vehviläinen-Julkunen & Kinnunen 2006, 108, 112; Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 3; Pulkkinen 2015, 35-36; Rauta & Vesanen 2015, 9.)

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on kuvailla, minkälaista on hyvä ja laadukas perioperatiivinen hoitotyö L-PKS:n leikkaus- ja anestesiaosastolla. Tämän opinnäytetyön tavoite on kehittää hyvää ja laadukasta perioperatiivista hoitotyötä. Opinnäytetyö toteutetaan tapaustutkimuksena. Tutkimusaineisto kerätään lomakekyselyn avulla sekä havainnoimalla hyvän ja laadukkaan perioperatiivisen hoitotyön toteuttamista. Lomakekyselyn kysymykset otsikoitiin RAFAELA™ -hoitoisuusmittarin (PERIHOIq) osa-alueiden mukaan. Myös havainnointi kohdistettiin hoitotyön toteuttamiseen näillä osa-alueilla. Hoitoisuusmittarin osa-alueet sisältävät eri hoitotyön toimintoja hyvän ja laadukkaan perioperatiivisen hoitotyön toteuttamiseksi. Kahta eri aineistonkeruumenetelmää käyttämällä tavoitellaan syvällisempää ym-

märrystä tutkimuksen kohteena olevista ilmiöistä. Tutkimustuloksista tehdään tiivistetty versio, mitä käytetään hyvän ja laadukkaan perioperatiivisen hoitotyön toteuttamisen arvioimisessa tarkistuslistana (Liite 4). Sen avulla hoitajat arvioivat, ovatko he voineet toteuttaa hyvää ja laadukasta hoitotyötä.

Tämä opinnäytetyö tukee Länsi-Pohjan Sairaanhoidopiirin toiminta-ajatukseen kirjattuja päästrategioita. Vaikuttavuusnäkökulmasta sairaanhoidopiirin toiminnan tavoitteena on vastata Länsi-Pohjan alueen sosiaali- ja terveystalvveluista, jotka perustuvat hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen sekä laadukkaisiin ja nopeasti saavutettaviin palveluihin. Asiakasnäkökulmasta tavoitteena on, että Länsi-Pohjan sosiaali- ja terveydenhuolto tunnetaan hyvästä hoidosta ja nopeasta hoitoon pääsystä. Prosessinäkökulmasta toiminnan tavoitteena on hoitoketjujen kehittäminen niin, että resurssit ovat tehokkaassa käytössä ja talous hallinnassa. Henkilöstönäkökulmasta tavoitteena on Länsi-Pohjan sosiaali- ja terveydenhuoltoalueen vetovoimainen, vastuullinen ja luotettava imago työnantajana. Omalta osaltaan tämä opinnäytetyö edistää tavoitteisiin pääsemistä. (Sairaanhoidopiirin strateginen suunnitelma 2017-2019.)

2 PERIOPERATIIVINEN HOITOTYÖ

2.1 Arvot ja etiikka

Etiikka on tullut länsimaiseen filosofiaan Sokrateen mukana 400-luvulla eaa. Filosofiansa etiikka on vanha ja perinteinen tutkimusala. Etiikan alkuperä on kreikkankielisissä sanoissa *ethikos*, joka tarkoittaa siveellistä luonteen tai mielen laadua, sekä *ethos*, joka tarkoittaa yhteisesti omaksuttua tapaa tai käytäntöä. Etiikan lähikäsite on moraali (latinaksi *mos*), jolla on samankaltainen merkitys kuin etiikalla, joten niitä käytetään yleensä toistensa synonyymeinä. Nykyisin näillä käsitteillä on kuitenkin toisistaan hieman poikkeavat merkitykset. Moraali viittaa käytännön toiminnan tasoon, jolla tarkoitetaan niitä tapoja, periaatteita ja arvoja, joita yksilöt ja yhteisö ovat omaksuneet ja joita he noudattavat tai rikkovat toiminnassaan. Etiikka viittaa teoreettiseen tasoon eli etiikka on oikeaa ja väärää tutkiva oppi, oma tieteenalansa. Etiikka on systemaattinen yritys ymmärtää oikeaa ja väärää koskevia käsityksiä. Etiikka kuvaa ja perustelee hyviä ja oikeita tapoja elää ja toimia maailmassa, yhteisesti muiden ihmisten kanssa. Etiikan tehtävänä on auttaa ihmisiä tekemään valintoja, ohjaamaan ja arvioimaan sekä omaa että toisten toimintaa ja tutkimaan toimintansa perusteita. Etiikka ei siis anna valmiita ratkaisuja, mutta se tarjoaa välineitä ajatteluun ja pohtimiseen. Monet käsitykset hyvästä ja pahasta/oikeasta ja väärästä ovat yleismaailmallisia, mutta niiden tulkinnat vaihtelevat kulttuureittain ja poliittisten tilanteiden mukaan. (Kalkas & Sarvimäki 1997, 12-13, 20; Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 36; Anttila, Kaila-Matila, Kan, Puska & Vihunen 2015, 19.)

Etiikan perustana ovat eettiset arvot (lat. valeo, valere), joilla tarkoitetaan hyvää, arvokasta tai merkityksellistä asiaa/asioita. Arvot ilmaisevat sitä, mikä on hyvää ja pahaa, mikä oikein ja väärin, millainen teko on oikein tai väärin tai millainen on hyvä ja paha ihminen. Kaikki arvot eivät ole eettisiä tai moraalisia, vaan ne voidaan luokitella eri tavoin. Arvot voidaan jakaa esimerkiksi esteettisiin arvoihin (mikä on kaunista, miellyttävää – rumaa, vastenmielistä), tieteellisiin arvoihin (koskevat totuutta ja objektiivisuutta) ja eettisiin arvoihin (mikä on moraalisesti hyvää tai pahaa, oikein tai väärin). Eettiset arvot eivät käsittele sitä, millainen maailma tosiasiallisesti on, vaan sitä, millainen sen pitäisi olla. Arvot voivat törmätä toisiinsa arvokeskustelussa, jolloin osapuolet voivat olla yhtä mieltä tosiasioista,

mutta heillä voi olla erilaiset arvopohjat. Arvot perustuvat elämänmuodoille yhdessä käsitysten ja toimintamuotojen kanssa ja ne ilmenevät periaatteissa, arvioissa, päätöksissä ja toiminnassa. Kun ihminen harkitsee, mitkä arvot ja periaatteet ovat olennaisia jossakin toiminnassa tai miten pitäisi toimia, hän käyttää arviointikykyään. Harkinta on henkistä toimintaa, jonka tavoitteena on muodostaa käsitys siitä, miten tietyssä tilanteessa pitäisi toimia. Ajattelun ja arvioiden tekemisen tarkoituksena on auttaa ihmistä toimimaan sekä elämään harkitulla tavalla. Hyvä arviointi ja ajattelu näkyvät vastuun ottamisena omasta ajattelusta sekä omista päätöksistä eli miten oma elämä pitää elää. (Kalkas & Sarvimäki 1997, 12-13; Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 36-41.)

Hoitotyön etiikka on yleisen etiikan sovellusalue, jota sovelletaan terveyden- ja sairaanhoidon toiminnassa. Eettiset lähtökohdat ovat kuitenkin samat kuin yleisessä etiikassa, jossa pätevät samat näkemykset, arvot, periaatteet ja teoriat. Näin ollen hoitotyöllä ei voi olla omia periaatteita tai teorioita, jotka poikkeavat yleisestä etiikasta. Hoitotyötä analysoidaan eettisten periaatteiden ja teorioiden avulla, joiden lähtökohtana ovat maailman- ja elämäkatsomukset. (Kalkas & Sarvimäki 1997, 12, 34-35.) Leino-Kilven & Välimäen (2014, 23) teoksessa hoitotyön etiikalla tarkoitetaan tiedonala, joka käsittelee hyvän ja pahan sekä oikean ja väärän kysymyksiä osana ammatillista hoitotyötä. Hoitotyötä tekevillä tulee olla siis syvälinen käsitys työnsä arvoperustasta, jolloin he toimivat sivistyneellä ja inhimillisellä tavalla. Toisaalta Sarvimäen & Stenbock-Hultin (2009, 36) teoksessa etiikassa on kyse ihmisten ja sosiaalisen yhteisön teoista ja toiminnasta eli niistä tavoista ja tottumuksista, jotka ohjaavat toimintaa sekä siitä, missä hengessä tuo toiminta tapahtuu. Moraali on eräänlainen sosiaalinen ohjeisto, jonka mukaan ihmiset ohjaavat sekä omaa että toistensa elämää. Moraalisista säännöistä ei kuitenkaan välttämättä vallitse yksimielisyyttä, sillä moraaliset näkemykset voivat vaihdella sekä yksilöillä että ryhmillä. (Kalkas & Sarvimäki 1997, 12.)

Historiallisesti hoitotyö on kehittynyt yleisestä ajatuksesta, jonka mukaan toisesta ihmisestä tulee huolehtia. Nykyaikaisen monipuoliseen tietoon ja inhimillisyyteen perustuvan hoitotyön ja sairaanhoitajan ammatin perustajana pidetään Florence Nightingalea (1820-1910), englantilaista sairaanhoitajaa, joka tuli kuuluisaksi toiminnastaan Krimin sodassa haavoittuneiden ja sairaiden parissa. Nightingale perusti vuonna 1860 ensimmäisen sairaanhoitajakoulun. Koulutuksen oli määrä

taata se, että sairaanhoitajat kykenivät tekemään itsenäisiä päätöksiä. Hänen toiminnallaan on ollut suuri vaikutus sairaanhoitajien koulutukseen ja hoitotyön kehittymiseen niin Euroopassa kuin Yhdysvalloissakin. Ammatillisen koulutuksen kehittyminen edesauttoi ammattitietoisien ja -taitoisten sairaanhoitajakunnan kehittymistä. Nightingalen hoitotyön etiikan keskipisteenä oli sairaanhoitaja ihmisenä, hänen luonteensa ja persoonallisuutensa. Nightingalen jälkeen ammatti on kehittynyt professioksi. Myös humanismilla, hoitotieteen kehitymisellä ja taloudellisilla arvoilla on ollut vahvempi vaikutus terveydenhuoltoon. Hyve-etiikka korostaa toimivaa ihmistä ja ihmisen luonnetta. Sen asema on ollut vahva koko ammatin kehityksen ajan ja sitä on myöhemmin täydennetty periaatteilla ja ohjeilla. Vuosisadan vaihteessa sairaanhoitajan keskeisiä arvoja olivat hoitotyö rakkauten työnä, kuuliaisuus ja kuri, moitteeton pukeutuminen, puhtaus, arvokkaana käyttäytyminen ja lääkärin auktoriteetin kunnioittaminen. (Kalkas & Sarvimäki 1997, 76-79; Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 52,72-75; Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 56-57.)

Kansainvälinen sairaanhoitajaliitto (ICN) laati vuonna 1953 ensimmäiset eettiset ohjeet sairaanhoitajille. Ohjeiden mukaan sairaanhoitajan perusvastuu oli edistää terveyttä, ehkäistä sairautta, palauttaa terveys, vähentää kärsimystä ja kunnioittaa ihmisoikeuksia. Vuonna 1996 Suomen Sairaanhoitajaliitto laati omat eettiset ohjeet. Täydennystä etiikkaan tuli yleisestä potilaan oikeuksien korostamisesta, hoitotyön tutkimuksen ja hoitotieteen kehityksestä, mutta edelleen korostettiin yhteistä näkökulmaa, yhteisiä peruskäsitteitä ja yhteistä arvopohjaa. Nykypäivän hoitotyötä ja sairaanhoitajan työtä kuvaavia asioita ovat lisääntynyt painottaminen tutkimukseen ja tieteeseen sekä vaatimukset kilpailuttamisesta ja tehokkuudesta. Myös ICN:n uusin versio eettisistä säännöistä sisältää perinteisiä eli humanistisia arvoja, ajankohtaisia arvoja ja tieteellisiä arvoja, joka sisältää tutkimuksen ja tekniikan käytön hoitotyössä. Lisäksi sairaanhoitajan tulee kehittää hoitotyötä näyttöön perustuvaksi. Nämä edellä mainitut arvot on hyväksytty eettisiin ohjeisiin, jolloin tutkimustiedon soveltaminen hoitotyöhön on muuttunut eettiseksi vaatimukseksi. (Kalkas & Sarvimäki 1997, 100-101; Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 77-82.)

Hoitotyön keskeisiksi käsitteiksi on määritelty ihminen (hoitotyössä tarkoitetaan joko yksilöä tai yhteisöä), ympäristö, terveys ja hoitaminen (Anttila ym. 2015, 11). Kaustinen (2011) määrittelee hoitotyön monipuoliseksi palvelumuodoksi, johon

kuuluu potilaan ongelmien tunnistaminen, toimintatapojen valitseminen sekä hoidon suunnittelu, toteutus ja arviointi (Kaustinen 2011, 22). Hoitotyöksi kutsutaan hoitotieteeseen perustuvaa ammatillista hoitamista eli kaikkea sitä työtä, jota sosiaali- ja terveydenhuollossa tehdään tietyn ammattikoulutuksen pohjalta. Hoitotyössä on pyrkimys edistää toisen ihmisen hyvää eli terveyttä, jolloin toimintaan sisältyy oleellisena osana eettinen ulottuvuus. Näin ollen etiikka ja arvot ovat aina olleet tärkeitä hoitotyössä sekä sairaanhoitajan työssä. Hoitotyön eettinen perusta toteuttaa sitä, mikä on oikeaa ja hyvää hoitoa niille ihmisille, jotka tarvitsevat hoitotyöntekijän huolenpitoa. Hoitotyön keskipisteenä on ihminen, ihmisen elin-ehdot sekä ihmisten väliset suhteet. Hoitotyön lähtökohtana ovat eettiset arvot, joiden toteuttaminen antaa merkityksen hoitotyölle. Hoitotyön eettinen merkitys kytkeytyy ihmisen haavoittuvuuteen ja inhimilliseen huolenpitoon, joka ilmenee pyrkimyksenä tehdä hyvää, olla vahingoittamatta, kunnioittaa toisen ihmisarvoa ja toteuttaa oikeutta hyvään hoitoon. Hoitotyön perustehtävänä on tukea ihmisiä, jotta he saavuttavat ja ylläpitävät omaa terveyshyvä. Terveyshyvän määrittely perustuu ihmisen omiin arvoihin, henkilökohtaiseen tietoon ja kokemuksiin, jolloin sana terveys merkitsee ihmisille erilaisia asioita. Hoitotyön etiikan kannalta olennaista onkin se, että ammattilainen ymmärtää ihmisten erilaisia tapoja määritellä terveyttä, hallitsee keinot tukea erilaisia ihmisiä ja osaa arvostaa ihmisten erilaisia terveysnäkömystyksiä. (Kalkas & Sarvimäki 1997, 76; Von Post 1998, 81; Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 9, 13-14, 17; Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 23-25.)

Ammattietiikka tarkoittaa ammattialan yhteistä näkemystä siitä, millainen ammatillinen toiminta on oikeaa ja hyvää sekä millainen on puolestaan väärää ja pahaa. Toisen ihmisen hoitaminen edellyttää inhimillistä lähestymistapaa työhön, joka edellyttää ammattikunnalta vahvaa eettistä perustaa, ammattikunnan eettisiä ohjeita. Ammattikunnat itse sopivat eettiset periaatteet, ohjeet ja säännöt eli millaista ammatillista toimintaa pidetään toivottavana tai vältettävänä, mikä merkitys ohjeilla on ja mitä seurauksia niiden rikkomisesta seuraa. Ajan tasalla olevat eettiset ohjeet sekä niiden noudattaminen kertovat sekä ammattikunnalle itselleen, terveyspalvelujen käyttäjille että koko yhteiskunnalle ammattikunnan korkeasta eettisestä perustasta. Terveys- ja terveydenhuollon ammattiryhmien eettiset ohjeistot perustuvat yhteisiin arvoihin, joita ovat ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, ihmiselämän suojeleminen, terveyden edistäminen, luottamuksellisten tietojen salassapito sekä työkalvereiden että muiden ammattiryhmien kunnioittaminen.

Suomessa laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) pyrkii takaamaan eettisten ohjeiden toteutumista. (Juujärvi, Myyry & Pesso 2011, 13; Leino-Kilpi, Kulju & Stolt 2012, 51-53; Anttila ym. 2015, 22.) Hoitajan ammatti-identiteetti perustuu hänen henkilökohtaisiin arvoihinsa, jotka hän on omaksunut kasvatuksestaan, koulutuksestaan, työkokemuksestaan ja elämäkokemuksestaan (Anttila ym. 2015, 2).

Hahon (2006) tutkimuksen mukaan hoitotyössä hoitaminen on mahdotonta ilman eettistä olemusta. Eettisyys risteää jokaista hoitamista kuvaavan väittämän olemusta, moraalisuutta, autonomisuutta ja universaaliutta, joka tarkoittaa ystävällisyyttä ja välittämistä eli hoitaminen on sinänsä eettistä. Hoitaminen sisältää aina toisen ihmisen eli potilaan hyvän tavoittelemisen sekä sen toteuttamisen. Hoitaminen tuottaa hyvää ja tuo inhimillisyyttä sekä arvokkuutta hoitotyöhön. Hoitaja joutuu kohtaamaan työssään ihmisiä erilaisissa, inhimilliseen elämään liittyvissä asioissa. Tilanteet voivat olla hyvin tunnepitoisia: iloa, surua, toivoa, epätoivoa ja niin edelleen. Hoitaja joutuu toimimaan myös potilaan peruselintoiminnoista huolehtivien laitteiden ja koneiden kanssa, puuttumaan intimitettiin ja tekemään päätöksiä potilaan puolesta. Potilas on taas riippuvainen hoitajan välittömästä tahdosta ja toiminnasta. Hoitaja vaikuttaa potilaan ja hänen läheistensä henkisiin, sosiaalisiin ja fyysisiin elämän edellytyksiin ja mahdollisuuksiin. Näin hoitajan tietonsa, taitonsa ja arvomaailmansa eli eettisyytensä vaikuttavat hänen näkemykseensä hoitamisesta. (Haho 2006, 132-155.)

2.2 Periaatteet ja toiminta

Perioperatiivisella hoitotyöllä tarkoitetaan sitä hoitotyötä, jota leikkaus- ja anestesiaosastoilla työskentelevät sairaanhoitajat tekevät. Kreikan kielellä sana "peri" tarkoittaa "ympäri", joten perioperatiivinen hoitotyö voidaan ymmärtää operaation eli leikkauksen ympärillä tapahtuvaksi hoitotyöksi. Kneedlerin & Dodgen (1983, 4-5) määritelmän mukaan sana perioperatiivinen tarkoittaa potilaan leikkaushoidon kokonaisuutta, johon sisältyy sekä ajallisesti että toiminnallisesti leikkauksen eri vaiheet. Perioperatiivinen hoito -käsite otettiin käyttöön Yhdysvalloissa vuonna 1978. Suomessa perioperatiivisen hoitotyön käsite otettiin käyttöön keskiasteen koulu-uudistuksen alkaessa vuonna 1987. Tällöin leikkaus- ja anestesiahoitotyön opetus alkoi perioperatiivisen hoitotyön nimellä. Yleisemmin pe-

rioperatiivisen hoitotyön käsitettä alettiin käyttää 1990-luvun alussa. (Lukkari, Kinnunen & Korte 2014, 11; Karma, Kinnunen, Palovaara & Perttunen 2016, 8.)

Perioperatiivinen hoitotyö on näyttöön perustuvaa hoitotyötä, joka pohjautuu tieteellisesti havaittuun tutkimusnäyttöön, hyväksi havaittuun toimintanäyttöön ja kokemukseen perustuvaan näyttöön. Perioperatiivinen hoitoajattelu korostaa potilaskeskeisiä toimintatapoja hoitoteknisten taitojen ohella. Edellä mainitut asiat ovat tärkeitä turvallisen ja korkealaatuisen hoidon toteutuksessa. Ihmisen yksilöllisyyttä ja eheyttä kunnioitetaan sekä toimitaan tasavertaisessa ja turvallisessa vuorovaikutussuhteessa yhdessä potilaan ja hoitotyöntekijän kanssa. Näin pystytään toteuttamaan hoitotyötä, jossa korostuu potilaskeskeisyys, yksilöllisyys, turvallisuus, kokonaisvaltaisuus ja hoitotyön jatkuvuus. (Von Post 1998, 81; Korte, Rajamäki, Lukkari & Kallio 2000, 18-19; Lukkari ym. 2014, 11-12; Karma ym. 2016, 8.)

Perioperatiivisen hoitotyön toiminnassa tarvitaan ihmistä sekä hänen terveytensä/sairauttaan koskevaa spesifiä, monitieteellistä tietoa, merkittävien inhimillisten kokemusten eettistä havaitsemista, yksilöllisyyden persoonallista ymmärtämistä ja kykyä tehdä valintoja konkreettisissa tilanteissa. Työ vaatiikin siis hyvää ihmisen anatomian, fysiologian, mikrobiologian, aseptiikan, sairaalahygienian, psykologian, sosiologian, kasvatustieteen ja lääketieteen - erityisesti anestesiologian sekä kirurgian erikoisalojen - farmakologian, matematiikan, teknologian ja tietotekniikan hallintaa. Työskentely leikkaus- ja anestesiaosastolla vaatii sairaanhoitajalta runsaasti ammattitaitoa, joka ilmenee aistihavaintojen nopeana yhdistelynä ja tiedon arviointina liitettynä hoitotoimenpiteisiin. Tällainen ammattitaito vaatii pitkällisen kokemuksen, ammatillisen asennoitumisen työhön ja kehittyneen sisäisen mallijärjestelmän hoitotyön perustaksi. Perioperatiiviset sairaanhoitajat ovat erikoiskoulutettuja asiantuntijoita ja heidän tulee päivittää jatkuvasti ammattitaitoaan. Perehtyminen leikkaus- ja anestesiaosastolle vaatii vahvan teoreettisen tiedon. Tämän lisäksi työntekijältä vaaditaan myös vuorovaikutus- ja tiimitaitoja, päätöksentekokykyä, tarkkuutta, vastuuntuntoa ja hyviä kädentaitoja. Erityisesti perioperatiivisessa hoitotyössä korostuu tasokas aseptiikka. Koska leikkaussalissa tilanteet voivat muuttua nopeasti, perioperatiivisen sairaanhoitajan ammattitaitoon kuuluvat osana myös joustavuus ja reagoiminen äkillisiin ti-

lanteisiin. Hoitohenkilöstön toiminnan tavoite on edistää potilaan, hänen perheensä sekä läheistensä hyvää oloa ja huolehtia potilaan terveystarpeista. (Von Post 1998, 81; Korte ym. 2000, 18-19; Lukkari ym. 2014, 11-12; Karma ym. 2016, 8.)

Sovellettaessa perioperatiivisen hoitotyön periaatteita ja arvoja, tulee huomioon ottaa yhteiskunnassa tapahtuva muutokset, jotka vaikuttavat hoitamiseen. Perioperatiivisen hoitoajattelun perustana ovat perinteisesti hoitotyöhön liitetyt humanistiset ja holistiset arvot. Näiden arvojen soveltaminen perioperatiiviseen hoitotyöhön ilmaisee sitä, millaista on potilaan hyvään pyrkivä perioperatiivinen hoitotyö. Hoidossa humanistiset arvot näkyvät pyyteettömänä huolenpitona, välittämisenä ja oikeudenmukaisena toimintana, kun taas holistisuus kuvaa ihmisen olemassaolon kokonaisvaltaisuutta. Humanistisiin ja holistisiin arvoihin kuuluvat ihmiskäsitys, ihmisarvo ja integriteetti, yksityisyys, yksilöllisyys sekä itsemääräämisoikeus. (Kalkas & Sarvimäki 1997, 48-53; Korte ym. 2000, 14-15; Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 120-121; Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 138-139; Lukkari ym. 2014, 15-17.)

Perioperatiivisessa hoitotyössä ihmiskäsityksellä tarkoitetaan sitä, että ihminen nähdään tiedostavana, toimivana, vastuullisena, vapaana ja valintoja tekevänä kulttuuriolentona, joka on oman elämänsä subjekti. Hoidon lähtökohtana on potilaan tavoitteet ja toimintakyky, mutta myös omaiset, hoitajat tai muut asianosaiset vaikuttavat tapahtumien kulkuun omilla tiedoillaan, arvostuksillaan, tunteillaan ja psykofyysisillä oloillaan. (Kalkas & Sarvimäki 1997, 48-53; Korte ym. 2000, 14-15; Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 120-121; Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 138-139; Lukkari ym. 2014, 15-17.)

Integriteetillä tarkoitetaan fyysisen ja psyykkisen eheyden sekä koskemattomuuden että loukkaamattomuuden kunnioittamista. Tämä näkyy perioperatiivisessa sairaanhoitajassa ihmisarvon kunnioittamisena eli potilas kohdataan ainutkertaisena, tasavertaisena, tasa-arvoisena ja omista asioistaan päättävänä ihmisenä kunnioittaen samalla hänen koskemattomuuttaan. Yksityisyyden käsite voidaan jakaa fyysiseen, psyykkiseen, sosiaaliseen ja tiedolliseen yksityisyyteen, ja sen kokeminen on henkilökohtainen sekä kulttuurisidonnainen. Fyysinen yksityisyys sisältää ihmisen fyysistä ja ruumiillista koskemattomuutta, psyykkinen yksityisyys tarkoittaa henkistä koskemattomuutta, sosiaalinen yksityisyys ilmenee oikeutena

säädellä sosiaalisten suhteiden määrää ja tiedollinen yksityisyys tarkoittaa, että potilas saa erilaisten menetelmien avulla tietoa hoidon aikana. Laki terveydenhuoltohenkilöistä (559/1994) velvoittaa perioperatiivista sairaanhoitajaa salassapitovelvollisuuteen ja käsittelemään potilastietoja luottamuksellisesti. (Kalkas & Sarvimäki 1997, 48-53; Korte ym. 2000, 14-15; Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 120-121; Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 138-139; Lukkari ym. 2014, 15-17.)

Yksilöllisyyden käsite tarkoittaa perioperatiivisessa hoitotyössä keskittymistä täysin kulloinkin hoidettavaan potilaaseen perehtymällä hänen asioihinsa potilasasiakirjojen ja raportin avulla sekä kysymällä potilaalta itseltään hänen hoitoonsa liittyviä asioita ja toiveita. Näin potilasta rohkaistaan ilmaisemaan itseään hoitotilanteessa. Itsemääräämisoikeus näkyy potilaan osallistumisena oman hoitonsa suunnitteluun ja mahdollisuutensa osallistua omaan hoitoonsa koskeviin päätöksentekoihin. Myös laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) edellyttää potilaan oikeudesta osallistua omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon sekä velvoittaa hoitohenkilökuntaa täyttämään potilaan itsemääräämisoikeuden tarpeen. Rauhala (2005) korostaa teoksessaan ihmisen olemassaolon holistisuutta eli kokonaisvaltaisuutta. Hänen näkemyksen mukaan se sisältää ihmisen tajunnallisuuden eli psyykkis-henkisen olemassaolon, kehollisuuden eli olemassaolo orgaanisena tapahtumana ja situationaalisuuden eli olemassaolo suhteina todellisuuteen. Tajunnan merkitys syntyy elämyksien ja mielen yhdistyessä, kehollisuus säilyy aina elintoimintojen lakkaamiseen asti ja situaatiossa eli elämäntilanteessa ihmisellä on ainutkertainen suhde ympäröivään maailmaan. (Kalkas & Sarvimäki 1997, 48-53; Korte ym. 2000, 14-15; Rauhala 2005, 126-137, 146-151; Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 120-121; Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 138-139; Lukkari ym. 2014, 15-17.)

Perioperatiivisessa hoitotyössä esiintyvät hoitotyön periaatteista turvallisuuden, terveyskeskeisyyden ja hoidon jatkuvuuden periaatteet. Kehittyneillä hoitomenetelmillä, terveysteknologialla ja perioperatiivisen sairaanhoitaja korkeatasoisella osaamisella pyritään välttymään potilaan hoidossa turvallisuusriskeiltä. Turvallisuus sisältää perioperatiivisessa hoitotyössä kaikkien laitteiden hallinnan, fyysisen turvallisuuden, jolloin potilasta ei jätetä missään vaiheessa yksin ja psyykkisen turvallisuuden, jolloin luodaan potilaalle tunne aidosta läsnäolosta sekä potilaan tiedottamisen, kunnioittamisen ja mielipiteidensä huomioonottamisen. (Lukkari ym. 2014, 17.)

Mattilan (2001) tutkimuksen mukaan vuorovaikutuksen keskeisiksi asioiksi potilastyössä nousivat kohtaamisen myönteisyys ja turvallisuus, aloitteellisuus ja luottamus yhteistyössä, potilaan ja sairaanhoitajan läheisyys, välittämisen kokeminen, vahvistuminen ja tunnekokemuksen jakaminen. Tutkimuksen yhdistäviksi piirteiksi muodostuivat siis potilaan turvallisuuden kokeminen, osallistuminen hoitoonsa ja tietäminen hoitoonsa liittyvistä kysymyksistä. (Mattila 2001, 86-89.)

Perioperatiivisessa hoitotyössä tulee varmistaa terveyskeskeisyyden periaatteen mukaisesti se, että potilaalle ei aiheuteta lisävaurioita hoitamisen aikana tai hoitotoimenpiteillä. Perioperatiivista potilasta hoidetaan tukemalla ja edistämällä mahdollisuuksien mukaan hänen terveyttään ja toimintakykyään. Potilasturvallisuuden ja hoidon lopputuloksen onnistumisen kannalta merkityksellinen periaate on hoidon jatkuvuus. Kaikissa hoitopolun vaiheissa tulisi varmistaa huolellinen tiedonsiirto ja -kulku niin hoitohenkilökunnan kesken kuin potilaan, hänen läheistensä ja omaistensa kesken. Näin saadaan tiedotettua tärkeät asiat potilaalle joko suullisena ja/tai kirjallisena. Hyvän tiedonkulun ja -siirron avulla lisätään hoidon jatkuvuutta, mutta myös potilaan turvallisuutta. (Lukkari ym. 2014, 17-18.)

Hyvän hoitotuloksen saavuttaminen edellyttää asiantuntevaa ja joustavaa moniammatillista ryhmätyötä jokaisessa hoidon vaiheessa, mitkä ovat pre-, intra- ja postoperatiivinen vaihe. Preoperatiivinen hoito tarkoittaa leikkausta edeltävää jaksoa, joka alkaa potilaan hoitoketjussa siitä, kun päätös leikkauksesta on tehty ja päättyy siihen, kun leikkausosaston henkilökunta ottaa vastuun potilaan hoidosta. Tässä vaiheessa keskeisiä tehtäviä ovat potilastietojen kerääminen, leikkausta ja anestesiaa edeltävien tutkimusten tekeminen sekä potilaan ohjaaminen ja opettaminen. Intraoperatiivinen eli leikkauksenaikainen vaihe alkaa siitä, kun potilas vastaanotetaan leikkausosastolle ja päättyy siihen, kun potilas siirtyy anestesiavalvontaan heräämöönsä. Intraoperatiivisessa hoitotyössä luonteenomaista on intensiivinen ja systemaattinen moniammatillinen ryhmätyö, joka kohdistuu tyydyttämään potilaan perus- ja erityistarpeet. Tähän vaiheeseen kuuluu muun muassa potilaan henkinen tukeminen, potilaan turvallinen siirtäminen leikkaukspöydälle, turvallisen leikkausasennon löytäminen, potilaan voinnin ja tajunnan tason jatkuva arvioiminen, hoitoteknologian hallitseminen, jotka liittyvät anestesiaan ja leikkaukseen, instrumenttien ja hoitovälineiden hankintaan, laskentaan ja kirjaamiseen, aseptiseen työskentelyyn infektioiden synnyn estämiseksi sekä muu kirjaaminen. Intraoperatiiviseen hoitoon osallistuu useita ammattiryhmiä.

Postoperatiivinen eli leikkauksen jälkeinen vaihe alkaa potilaan vastaanottamisesta heräämööseen kestäen siihen asti, kunnes hän ei enää tarvitse leikkaukseen liittyvää hoitotyötä. Tämän vaiheen tavoitteena on vakiinnuttaa potilaan elintoiminnot niin, että hänet voidaan siirtää jatkohoitoon. Postoperatiivisessa vaiheessa korostuu potilaan tilan arviointi sekä muutosten vertaaminen niin leikkauksesta edeltävään kuin leikkauksenaikaiseen vaiheeseen. (Korte ym. 2000, 20-21; Karma ym. 2016, 8.)

2.3 Sisältö, ydinalueet ja osaamisvaatimukset

Perioperatiivisen hoitotyön sisältöä voidaan määritellä monella eri tavalla. Perioperatiivisen hoitotyön pääelementit perioperatiivisten sairaanhoitajien mukaan ovat potilasturvallisuuden varmistaminen ja virheiden estäminen etukäteen suunnittelemalla. Perioperatiivisen hoitotyön tavoite on ennaltaehkäistä ongelmia potilaiden perioperatiivisen hoidon aikana. Tällainen hoitotyö on näkymätöntä ja vaikeasti mitattavaa, sillä ongelmien ennaltaehkäisemistä on hankala yhdistää hoitotyön tuloksiin. Potilaista välittämisen ja oikean hoitosuhteen muodostuminen heidän kanssa ei ole aina nähty kuuluvan perioperatiivisten sairaanhoitajien työhön. Myös vertaukset lääkäreiden assistentteihin ovat tuttuja. Perioperatiivinen hoitotyö tulisi nähdä humanistisesta näkökulmasta hoiva-ammattina, minkä fokus on perioperatiivisessa hoitamisessa. Leikkaussalihoitajat tuntevat kuitenkin itse ammattinsa ja erikoisalansa ja ovat erittäin tietoisia tärkeimmistä prioriteetistaan tehdä hoitotyötä, jolla varmistetaan potilaan turvallisuus, hoidon jatkuvuus ja hyvinvointi. Toisaalta perioperatiiviset hoitajat eivät osaa kertoa tästä laaja-alaisesta osaamisestaan. He kokevat haasteelliseksi kuvailla työtään siten, että muut ihmiset heitä ymmärtäisivät. (Junttila, Salanterä & Hupli 2005, 461-462; Alfredsdottir & Bjornsdottir 2007, 29, 33; Lindwall & Post 2009, 395; Kolvered, Öhlén & Gustafsson 2012, 450.)

Kolveredin ym. (2012) mukaan perioperatiivisen hoitotyön intraoperatiivisessa vaiheessa on viisitoista hoitotyön toimintoa. Ne ovat herättää potilaassa luottamusta, jakaa ajatuksia toisen ihmisen kanssa, huomioida potilas yksilönä, auttaa luottamuksellisen ilmapiirin luomisessa, valmistautuminen kirurgin kanssa työskentelyyn, toteuttaa turvallista hoitotyötä, huomioida potilaan oikeus turvalliseen hoitoon, johtaa työtä koko toimenpiteen ajan, arvioida hoitotyön laatua, varmistaa aseptinen työympäristö, valmistella leikkausalue, peitellä leikkausalue, huolehtia

leikkausalueen kudosten puhtaudesta, huolehtia leikkausalueen kudosten kosteudesta sekä huolehtia kehon lämpötasapainosta. Näistä hoitotyön toiminnoista tunnistettiin kolme eri toimintaa ohjaavaa motiivia, joita ovat turvata hoitotyön jatkuvuus ja luoda tilanteeseen sopiva, luottamukseen perustuvan suhde potilaan kanssa, varmistaa potilasturvallisuus ja potilaan hyvinvointi olemalla tarkkaavainen ja edesauttaa haavan paranemista, potilaan toipumista ja hyvinvointia. (Kolvered ym. 2012, 451-452.)

Kolvered ym. (2012) esittävät leikkaussalihoitajan intraoperatiivista hoitotyötä luonnehtivan jatkuva läsnäoleminen koko potilaan leikkauksen ajan valitsemalla potilaalleen yksilöllisesti sopivia ja oikeita hoitotyön toimintoja. Leikkaussalihoitajan ammattitaitoa ja osaamista luonnehtivat holistisuus ja ihmiskeskeinen hoitamisen halu. Leikkaussalihoitajat aloittavat työnsä suunnittelun jo ennen potilaan leikkaussaliin saapumista, heti saadessaan tiedon kuka seuraavaksi leikataan. Potilasta varten läsnä oleminen ja heidän hyvinvoinnistaan huolehtiminen kuvastaa leikkaussalihoitajien työn eettistä näkökulmaa ja moraalista lähestymistapaa. Näitä johtopäätöksiä vahvistaa myös Blombergin, Bisholtin, Nilssonin & Lindwallin (2015) tutkimus, missä perioperatiivisia sairaanhoitajia pyydettiin kuvailemaan perioperatiivista hoitotyötä. Tutkimustuloksena perioperatiivista hoitotyötä kuvaavaksi yläkäsitteeksi muodostui jatkuva läsnä oleminen potilasta varten. (Kolvered ym. 2012, 455-456; Blomberg, Bisholt, Nilsson & Lindwall 2015, 361.)

Kotimaisessa perioperatiivista hoitotyötä koskevassa tutkimuksessa (Rauta, Salanterä, Nivalainen & Junttila 2013) määriteltiin perioperatiivisen hoitotyön sisältämät ydinelementit. Tutkimustulosten perusteella perioperatiivisen sairaanhoitajan todellisuutta ja hänen toteuttamaa hoitotyötä potilasta hoitaessaan voidaan kuvailla neljän eri ulottuvuuden kautta. Nämä ovat potilaan ja hänen läheistensä behavioristiset reaktiot leikkaukseen, turvallisuus, potilaan fysiologiset reaktiot leikkauksessa ja kaikki ne menetelmät, mitä vaaditaan perioperatiivisen hoidon toteuttamiseen. Tutkimustuloksia käytettiin myöhemmin rakennettaessa välinettä (PERIHOLq) mittaamaan hoitoisuutta perioperatiivisessa hoitotyössä. (Rauta, Salanterä, Nivalainen & Junttila 2013, 1391; Rauta ym. 2015, 3.)

Ensimmäinen ulottuvuus pitää sisällään potilaan ja hänen perheensä hoidon tarpeet suhteessa tiedon määrään, selviytymisvoimavaroihin ja emotionaaliseen tu-

keen. Perioperatiivisessa hoitotyössä on oleellisen tärkeää tarjota riittävästi asi-
aankuuluvaa tietoa potilaille läpi koko hoitoketjun. Sujuva kommunikaatio, poti-
laan ajan tasalla pitäminen, hänen hoidostaan kertominen, potilaan riittävä kuun-
teleminen ja hänelle läsnä oleminen kertovat potilaiden hoidon tarpeista ja hoita-
jan aidosta kiinnostuksesta niitä kohtaan. Näillä hoitotyön keinoilla voidaan lievittää
potilaiden huolenaiheita ennen leikkausta. Potilaiden kokemina erilaiset tar-
peet perioperatiivisen hoitonsa aikana liittyvät suurimmaksi osaksi kivun ja pa-
hoinvoinnin hoitamiseen, leikkauksen jälkeiseen tiedonsaantiin tilaansa koskien
sekä kunnioittavaan ja arvostavaan kohteluun perioperatiivisen hoitoprosessinsa
aikana. Perheenjäsenten tarpeet liittyvät tiedonsaantiin ennen sairaalaan saapu-
mista, hoitohenkilökunnalta kysymiseen ja huolenaiheista keskustelemiseen
sekä mahdollisuuteen keskustella kirurgin kanssa toimenpiteen jälkeen. Potilai-
den selviytymisvoimavarojen tukeminen nähdään perioperatiivisten hoitajien kes-
kuudessa tärkeänä, mutta siihen ei dokumentaation perusteella kiinnitetä huo-
miota. On lisäksi esitetty, että hoitajat eivät välttämättä itsekään ymmärrä psyko-
logisen tuen tärkeyttä hoitoa antaessaan. Tätä puoltaa Karhen (2017) tutkimus,
missä potilaiden hylätyiksi joutumisen kokemusten todetaan olevan yleisiä.
(Rauta ym. 2013, 1392, 1396; Davis ym. 2014, 119; Karhe 2017, 21-23.)

Toinen ulottuvuus, jonka avulla voidaan kuvailla perioperatiivista hoitotyötä, on
turvallisuus. Perioperatiivisen hoitotyön keskiössä on potilasturvallisuuden var-
mistaminen ja leikkaukseen liittyvien komplikaatioiden ehkäiseminen. Leikkaus-
potilaat altistuvat haavainfektioille, leikkausasetoihin liittyville fyysisille vam-
moille, kemikaaleille, sähkölle sekä potilassiirroissa ja siirtymisissä tapahtuville
vaurioille. Eniten dokumentoituja perioperatiivisen hoitotyön menetelmiä ovat
muun muassa aseptisiin yksityiskohtiin, ihovaurioiden ennaltaehkäisemiseen ja
leikkausasetoihin liittyvien riskien huomioiminen ja hoidon jatkuvuuden turvaa-
minen. Esimerkiksi haavainfektioiden syntymisen ehkäisyssä korostuu leikkaus-
alueen valmisteleminen toimenpidettä varten. Mutta kuten edellä, potilaan psy-
kologisen turvallisuudentunteen huomioimista dokumentoidaan harvoin. Potilai-
den turvallisuudentunnetta epäilemättä huomioidaan, mutta sitä ei kirjata tai
osata tuoda esille. Potilaiden omat kokemukset turvallisuudesta ja sitä kautta
syntyneet positiiviset ajatukset toimenpiteeseen liittyvästä toipumisesta nähdään
yhtenä intraoperatiivisen hoitotyön tavoitteena. Tärkeinä hoitotyön osa-alueina

nähdään myös leikkausasetojen laittaminen, leikkaushoidon aikainen näytteiden ottaminen sekä tutkimukset potilaan diagnoosin varmistamiseksi ja hoitotyön jatkuvuuden turvaamiseksi. (Rauta ym. 2013, 1393, 1396 & Rauta ym. 2015, 2-3; Spruce 2016, 95).

Kolmantena perioperatiivisen hoitotyön ulottuvuutena nähdään leikkaushoidon aiheuttamat muutokset potilaan fysiologisessa tasapainossa ja niihin vastaaminen eri hoitotyön keinoin. Potilaat altistuvat leikkaushoidon aikana verenkierron, hengityksessä sekä neste- ja elektrolyyttitasapainossa tapahtuville muutoksille. Yleisimmät hoitotyön menetelmät liittyvät potilaiden fysiologiseen tasapainoon, kuten elimistön lämpötilaan, kivun hallintaan ja nestetasapainon ylläpitoon. Hoitotyön postoperatiivisessa vaiheessa esiintyviä epämiellyttäviä fysiologisia muutoksia ovat esimerkiksi kipu, uneliaisuus, hengitysvaikeudet ja pahoinvointi. Hengityksen, verenkierron, ruumiinlämmön ja nestetasapainon huomioimisen ja hoitamisen lisäksi potilaan kivun, pahoinvoinnin ja lääkityksen huomioiminen nähdään oleellisina hoitotyön osa-alueina. Hyvällä kivunhoidolla voidaan edistää kustannustehokkuutta sekä potilastyytyväisyyttä muun muassa lyhentämällä hoitajakson pituutta. Toisin sanoen puutteet kivunhoidossa vaikuttavat paitsi potilaan toipumiseen, myös hoitokustannusten nousuun ja potilastyytyväisyyteen. (Rauta ym. 2013, 1393 & Rauta ym. 2015, 2; Hunter, Martin, Weatherall & Galletly 2016, 1-2.)

Perioperatiivisessa hoitotyössä korostuu potilaiden fysiologisen, fyysisen ja psyykkisen turvallisuuden, jatkohoidon ja asianmukaisen toipumisen turvaaminen, tilannehallinta, moniammatillinen tiimityöskentely, hoitotoimien hallinta sekä tietotekninen osaaminen. Perioperatiivisessa hoitotyössä yhdistyy teknologinen osaaminen ja potilaskeskeinen hoitotyön eettisyys. Vaikka tekninen osaaminen on tärkeää, se ei riitä kuvailemaan hoitajien kompetensseja. Inhimilliset tekijät, kuten viestintätaidot, yhteistyötaidot, koordinaatiokyky ja johtajuus täytyy ottaa perioperatiivisen hoitotyön määritelmässä huomioon. Hoitotyön eettisyydestä kertoo hoitajien perustavanlaatuinen halu hoitaa haavoittuvaista ihmistä hyvin. Potilaiden puolesta tekeminen korostuu perioperatiivisessa hoitotyössä, missä potilaat ovat erityisen haavoittuvia. Perioperatiiviset hoitajat kuvaavat työtään potilaiden puolesta puhujina, heille hyvän tekemisenä ja jatkuvana tasapainoiluna hyvän tekemisen ja henkilökohtaisen mielihyvän, toisin sanoen omien tarpeiden,

välillä. (Silvennoinen, Salanterä, Meretoja & Junttila 2012, 23; Rauta ym. 2013, 1393; Sundqvist, Holmefur, Nilsson & Anderzén-Carlsson 2016, 423.)

Leikkausyksiköissä työskentelee monen ammattiryhmän edustajia. Leikkaus- ja anestesiahoitajat työskentelevät leikkausyksikössä potilaan intraoperatiivisen hoidon asiantuntijoina. Leikkausyksikön toimintatapoihin ja intraoperatiivisen hoitotyön sisältöön vaikuttaa voimakkaasti se, onko kyseessä yhden vai useamman erikoisalan toimenpideyksikkö. Suurissa yksiköissä hoitajat pystyvät keskittymään erikoisalakohdaisiin toimintoihin, mutta pienemmissä yksiköissä edellytetään enemmän joustavuutta ja monien eritasoisten hoitotyön toimintojen hallintaa. Myös päivystystoiminta nostaa hoitohenkilöstön ja hoitotyön toimintojen vaativuustasoa. Leikkaushoitajan ammatti on muuttunut vuosien mittaan sisältäen nykyään paljon erityisosaamista, kuten tietämystä lääkityksistä ja edistyneistä leikkaustekniikoista. Nykyisin hoitotyöntekijöiltä vaaditaan ammattialueen laaja-alaisen hallinnan lisäksi muun muassa eettistä toimintaa, vuorovaikutus-, verkosto- ja yhteistyötaitoja, päätöksentekokykyä, ohjaustaitoja, hoitotyön sähköisen kirjaamisen taitoja, tieto- ja viestintätekniikan peruskäyttötaitoja, tietojärjestelmien ja sovellusten käyttötaitoja, tietosuojan ja -turvan hallintaa sekä jatkuvan oppimisen taitoja. (Tengvall 2010, 5-8; Silvennoinen ym. 2012, 23.)

Sairaanhoitajien ammatillista pätevyyttä perioperatiivisessa toimintaympäristössä on tutkittu sairaanhoitajien itsensä kokemana. Tengvall (2010) tarkasteli leikkaus- ja anestesiahoitajilta edellytettjä ammatillisen pätevyyden osa-alueita. Vastausten pohjalta muodostettiin perioperatiivisilta hoitajilta edellytetyt ammatillisen pätevyyden vaativuustasot. Vaativuustasot määriteltiin kyseisen hoitotyön toiminnon tärkeyden mukaan, toisin sanoen sen mukaan, miten vastaajat olivat mielestään arvioineet kyseisen hoitotyön toiminnon tärkeyttä. Tällä tavalla muodostettiin ensin leikkaushoitajan hoitotyön toiminnoista (93 kappaletta) leikkaushoitajan ammatillista pätevyyttä kuvaavat osa-alueet, joita syntyi kahdeksan kappaletta (Taulukko 1). Nämä toiminnot tulee leikkaushoitajien hallita päivittäisessä työssään. Näiden osa-alueiden avulla pystytään kuvaamaan leikkaushoitajan ammatillisen pätevyyden sisältöä leikkaushoitajien arvioimassa tärkeysjärjestyksessä. Osa-alueisiin sisältyvistä hoitotyön toiminnoista rakentuu potilaan kokonaisuhoito perioperatiivisen hoidon intraoperatiivisessa vaiheessa. (Tengvall 2010, 37.)

Taulukko 1. Leikkaushoitajan ammatillisen pätevyyden osa-alueet ja niihin sisältyvät hoitotyön toiminnot. (Tengvall 2010, 104.)

Leikkaushoitajan ammatillisen pätevyyden osa-alueet ja niihin sisältyvät hoitotyön toiminnot (n)	Ammatillisen pätevyyden tasot		
	A-taso Ehdottomasti hallittava (%)	B-taso Hallittava (%)	C-taso Osattava (%)
Leikkaushoitajan hoitotyön toiminnot (93)	37	34	29
Aseptiikka- ja turvallisuusosa-alue (25)	80	20	0
Dokumentointi ja kommunikointi (17)	18	82	0
Leikkaushoidon tekniikka (17)	47	35	18
Lääke- ja anestesiahoito (16)	13	12	75
Hoitovalmistelut (9)	0	22	75
Hoidon yksilöllisyys (4)	0	25	75
Äkilliset erityistoiminnot (2)	50	50	0
Leikkausasennot (3)	0	33	67

Samalla tavalla muodostettiin myös anestesiahoitajalta edellytetyt ammatilliseen pätevyyteen sisältyvät hoitotyön osa-alueet. Hoitotyön toiminnoista (89) muodostettiin kahdeksan (8) hoitotyön osa-aluetta, jotka nimettiin (Taulukko 2). Näistä osa-alueista koostuu anestesiahoitajan ammatillinen pätevyys. (Tengvall 2010, 70.)

Taulukko 2. Anestesiahoitajan ammatillisen pätevyyden osa-alueet ja niihin sisältyvät hoitotyön toiminnot. (Tengvall 2010, 104.)

Anestesiahoitajan ammatillisen pätevyyden osa-alueet ja niihin sisältyvät hoitotyön toiminnot (n)	Ammatillisen pätevyyden tasot		
	A-taso Ehdottomasti hallittava (%)	B-taso Hallittava (%)	C-taso Osattava (%)
Anestesiahoitajan hoitotyön toiminnot (89)	32	46	22
Anestesia- ja lääkehoito (31)	68	29	3
Kommunikointi ja turvallisuus (18)	11	72	17
Hoitovalmistelut (8)	0	38	62
Anestesiahoitajan aloitus (9)	44	44	12
Yhteistehtävät (6)	0	50	50
Tiimi- ja ohjeistustaidot (6)	17	83	0
Yhteisvastuutaidot (4)	0	100	0
Erityistoiminnot (7)	0	0	100

Tengvallin ammattipätevyysmallit sisältävät kolmen eri vaatimustason hoitotyön toimintoja: ehdottomasti hallittavia, hallittavia ja osattavia hoitotyön toimintoja. Nämä vaatimustasot tarkoittavat sitä, kuinka vastaajat itse arvioivat hoitotyön toimintojen tärkeyttä. Ammatillisen pätevyyden osa-alueisiin sisältyy leikkaus- ja anestesiahoitajille yhteisiä ydinalueita, kuten potilaan hoidon valmisteluun, hoidon dokumentointiin, kommunikointiin ja tiimityöskentelyyn liittyviä hoitotyön toimintoja sekä erillisiä, spesifejä vain joko leikkaus- tai anestesiahoitajalta edellytettyjä hoitotyön toimintoja. Potilaan leikkaus- ja anestesiahoito rakentuu pienistä, limittäin ja rinnakkain sijoittuvista hoitotyön toiminnoista, joista muodostuu potilaan kokonaishoito leikkausyksikössä. (Tengvall 2010, 104-105, 116, 119-120, 125.)

Perioperatiivinen hoitotyö keskittyy potilaan turvallisuuden varmistamiseen ja ongelmien ennakointiin. Tähän liittyy velvollisuus tarjota turvallista hoitotyötä jatkuvan ammatillisen kehittymisen kautta. Tällainen työ edellyttää luotettavaa arviointia perioperatiivisten hoitajien koulutus- ja kehittämistarpeista. Työkalua perioperatiivisten hoitajien osaamisen ja ammattipätevyyden arvioimiseksi tarvi-

taan. Perioperatiivisissa toimintaympäristöissä työskentelevät sairaanhoitajat arvioivat itse ammattipätevyytensä keskimäärin hyväksi. Lisäksi perioperatiivisten hoitajien itselleen asettamat osaamisodotukset olivat tavoitetasoltaan erittäin korkeat. Ammattipätevyys arvioitiin erittäin hyväksi tilanteenmukaisessa ja eettisessä päätöksenteossa, joustavassa tilanteenmukaisessa toiminnassa, potilaan voinnin monipuolisessa tarkkailussa sekä yksilöllisessä potilaan ohjaamisessa. Lisäksi vastaajat arvioivat erittäin hyväksi huolenpidon omasta ammattitaidosta ja itseohjautuvuudesta. Ammattipätevyys arvioitiin heikommaksi harvemmin tehtävien toimintojen kohdalla. Alan kirjallisuuden ja julkaisujen seuraaminen on yhteydessä hoitajien itsensä arvioimaan ammattipätevyyteen. Hoitajat arvioivat työnsä kehittämisen edellyttävän tutkitun tiedon hyödyntämisen taitoja. (Silvennoinen ym. 2012, 29-30; Jeon, Lakanmaa, Meretoja & Leino-Kilpi 2016, 14.)

Työelämän nopea kehitys asettaa ammatilliselle toiminnalle uusia vaatimuksia. Työtehtävät vaativat yhä enemmän syvällistä tietämistä ja taitamista, toisin sanoen erityisosaamista. Työtä tehdään myös perinteisten ammattirajojen yli. On alettu puhua ammatillisesta asiantuntijuudesta. Sillä tarkoitetaan tiettyyn asiaan, aiheeseen, tehtävä- tai ongelma-alueeseen kohdistuvaa osaamista. Ammatillisessa asiantuntijuudessa tietämiseen perustuvan osaamisen merkitys kasvaa. Ammatilliselta asiantuntijalta edellytetään sekä tiedon hankkimista että uuden tiedon luomista. Uusiin tilanteisiin työelämässä ei ole olemassa valmiita toimintamalleja, joten ne täytyy luoda yhteistyössä toisten asiantuntijoiden kanssa. Ammatillisen asiantuntijan tulee osallistua yhteistyöhön ja toimintakulttuurinsa kehittämiseen, jolloin ammatillinen asiantuntijuus on jaettava asiantuntijuutta. Kaikelle ammatilliselle toiminnalle on tyypillistä, että siihen liittyy välittömästi tai välillisesti toiset ihmiset. Näin ollen eettiset kysymykset koskettavat kaikkea ammatillista toimintaa. Nykyään eettinen osaaminen nähdään olennaisena osana ammatillista asiantuntijuutta. Eettinen osaaminen kehittyy samalla, kun työntekijä kehittyy ammatilliseksi asiantuntijaksi, työkokemuksen myötä. Ammattietiikkaan kuuluu eettiset periaatteet, normit, arvot, hyveet ja säännöt, johon jokaisen tulisi sitoutua harjoittaessaan ammattiaan. Ammattietiikkaan liittyy myös pohdintaa siitä, millainen toiminta on hyväksyttävää ja suositeltavaa ammatissa. (Juujärvi ym. 2011, 9-12; Hopia, Heinonen & Liimatainen 2012, 12-13.)

2.4 Määritelmiä ja näkökulmia hoidon laatuun

Terveysthuollon laatu on aina suhteellista. Vaatimusten määrittelijöinä ja odotusten esittäjinä voi olla useita eri tahoja, kuten terveydenhuollon ammattihenkilöt, poliitikot tai asiakkaat. Laatu määriteltäessä täytyy miettiä, mikä on määrittelyn kohde ja kenen näkökulmasta se tehdään. Kun puhutaan korkeatasoisesta hoitotyöstä, tarkoitetaan sillä myös hyvää hoitotyötä. Tällöin hyvä vastaa lähinnä adjektiivia *quality* (*quality nursing care*, hyvä hoitotyö). Suomen kielessä *“laatu”* ja *“hyvä laatu”* eivät automaattisesti tarkoita samaa asiaa, vaikka usein sillä ilmaistaan nimenomaa hyvää laatua. Mäki viittaa tutkimuksessaan Wrightin (2001) käsiteanalyttiseen tutkielmaan *“hyvän”* muunnelmista, missä hyvän käsite viittaa usein samoiksi tärkeiksi ja tavoiteltaviksi osoitettuihin asioihin kuin *“hyvä laatu”* tai *“laadukas”*. (Mäki 2004, 73-74, 77-78.)

Hoidon laadulla tarkoitetaan myös palvelun virheettömyyttä ja vakioisuutta, sopivuutta, hyväksyttävyyttä tai kelvollisuutta asiakkaan tarpeisiin ja odotuksiin. Laatu on useiden piirteiden ja ominaisuuksien kokonaisuus, joka vaikuttaa palvelun mahdollisuuteen tyydyttää ilmaistuja tai sisäistettyjä tarpeita. Hoidon laatua voidaan arvioida ja määritellä useasta eri näkökulmasta, kuten asiakas- tai asiantuntijälähtöisesti, tai palveluita tuottavan organisaation, hallinnon, yhteiskunnan tai rahoittajan näkökulmasta. Hoidon laatua voidaan tarkastella tulosten kautta. Hoidon tuloksia potilaalle voidaan mitata esimerkiksi hoidon aiheuttamien vahinkojen tai haittojen avulla, tai potilaiden tyytyväisyydellä saamaansa hoitoon. Potilaiden tyytymättömyys saamaansa perioperatiiviseen hoitoon on esitetty liittyvän esimerkiksi tiedonsaantiin sekä mahdollisuuksiin vaikuttaa hoitoonsa, tyytyväisyyden puolestaan kivunhoitoon ja fyysiseen ympäristöön. Hoitotyön laadun arvioiminen on puolestaan haasteellista. Hoitotyön tuloksia hoitajalle voidaan mitata esimerkiksi työtyytyväisyyden, stressin, sairauspoissaolojen tai työtapaturmien kautta. Hoitotyöstä saatavia tuloksia käytetään maailmanlaajuisesti arvioitaessa hoidon laatua. Tuloksia käytetään myös vertaisoppimiseen (*benchmarking*). (Kvist, Vehviläinen-Julkunen & Kinnunen 2006, 107-108; Tervo-Heikkinen 2008, 46; Forsberg, Vikman, Wälivaara & Engström 2015, 281; Stalpers, Kieft, van der Linden, Kaljouw & Schuurmans 2016, 1, 5, 8.)

Stalpers ym. (2016) tarkastelivat subjektiivisen ja objektiivisen hoidon laadun välistä yhteyttä. Subjektiivisella hoidon laadulla tarkoitetaan sairaanhoitajien itsensä

kokemaa laatua antamastaan hoidosta. Objektiiivisella laadulla puolestaan tarkoitetaan tiettyjen mittareiden tuottamaa julkista tilastoa esimerkiksi infektiosta, kaatumisista, painehaavoista, kivusta ja niin edelleen. Tutkimustulokset osoittavat, että hoitajien omaa arviota toteuttamansa hoitotyön laadusta voidaan pitää luotettavana laadun arvioinnissa. Toisin sanoen, kysymällä hoitajilta itseltään heidän tyytyväisyydestään antamaansa hoidon laatuun saadaan usein hyviä ehdotuksia laadun parantamiseksi. (Stalpers ym. 2016, 1, 8.)

Hoitajat kokevat haasteelliseksi antaa laadukasta hoitoa aikakautena, jolloin vaaditaan hyvää laatua yhä pienenevin resurssein. Hoitajat kohtaavat eettisiä ongelmia muun muassa silloin, kun heidän täytyy tasapainoilla halunsa laadukkaan ja kokonaisvaltaisen hoidon antamisen ja itsestään välittämisen kanssa. Hoitajat kokevat myös moraalista ahdinkoa, jota esiintyy silloin, kun tiedetään oikea tapa tehdä jotain mutta siihen ei ole mahdollisuutta. DeKeyser Ganz & Berkovitz:n (2011) tutkimuksessa tarkasteltiin hoidon laadun ja lisääntyneiden eettisten ongelmien ilmaantuvuuden yhteyksiä. Tutkimustuloksissa esitettiin, että mitä parempaa laatua hoitotyöltä odotetaan, sitä enemmän eettisiä ongelmia ilmenee. Muun muassa hoitohenkilökunnan määrä, hoitajien aika jokaista potilasta kohden, hoitajien osaaminen sekä potilaiden hoidon tarpeisiin vastaaminen vaikuttivat hoitajien kokemuksiin antamansa hoidon laadusta. (DeKeyser Ganz & Berkovitz 2011, 1516-1517.)

Hoitajien työympäristöllä on vaikutusta hoitajien kokemiin hoitotyön tuloksiin myös Partasen (2002) tutkimuksessa. Työympäristöön vaikuttavat organisaation johto, riittävä työvoima, työnsuunnittelu ja organisaatiokulttuuri. Tutkimuksessa osoitettiin yhteys henkilöstömäärän ja hoidon laadun välillä. Kvist ym. (2006) tutkimustulokset kertovat kiireen ja riittämättömän henkilökuntamäärän estävän hoidon laadun toteutumista. Myös Hinnon, Partasen & Vehviläinen-Julkusen (2011) tutkimuksessa kerrotaan hoitajien huolehtivan riittämättömästä henkilökunnan määrästä. Sairaanhoidajia huolestaa myös antamansa hoitotyön turvallisuus, pitkät työpäivät joihin liittyy uupumusta ja tunne siitä, ettei ole arvostettu tai pysty vaikuttamaan päätöksentekoon potilastyössä. Tutkimustieto osoittaa, että hoitotyön tulosten lisäksi myös henkilökunnan sairauspoissaoloihin ja työtyytyväisyyteen voidaan vaikuttaa suhteuttamalla hoitohenkilökunnan määrä potilaiden hoitoisuuteen. (Partanen 2002, 174; Kvist, Vehviläinen-Julkunen & Kinnunen 2006, 117-118; Hinnon ym. 2011, 255; Rauta ym. 2017, 1.)

Terveysthuollon kustannusten lisääntyminen on ollut yksi merkittävä tekijä sille, että paineet näyttöön perustuvan terveydenhuoltoon ovat lisääntyneet. Laadukaan, turvallisen ja vaikuttavan terveydenhuollon edellytys on parhaan mahdollisen näytön tunnistaminen (Gardner ym. 2016, 139). Terveysthuollossa ammattilaisten työn tulee perustua parhaaseen mahdolliseen näyttöön käytössä olevien menetelmien hyödyistä ja vaikutuksista sekä potilaan että organisaation näkökulmasta. Näyttöön perustuvan toiminnan avulla voidaan yhtenäistää potilaiden hoitoa ja palveluja niin, että kaikilla on mahdollisuus saada yhtä hyvää ja vaikuttavaa hoitoa palvelun tarjoajasta tai paikkakunnasta riippumatta. Terveysthuollossa kehitystoiminnan tavoitteena on hoidon ja palveluiden laadun parantaminen esimerkiksi kehittämällä toimintaprosesseja ja ottamalla käyttöön uusia laitteita ja menetelmiä. Kehittämällä organisaatioiden toimintatapoja voidaan lisätä toiminnan tehokkuutta, vaikuttavuutta ja henkilöstön osaamista. Kehittämistyötä voidaan tehdä arvioimalla, mallintamalla, pilotoimalla ja benchmarking-toiminnalla. Se on vertaisoppimista, jossa voidaan sovitulla tunnusluvulla verrata samanlaisia toimintayksiköitä keskenään ja oppia itseään paremmilta. (Fagerström & Rauhalu 2007, 683; Perälä 2008, 90, 95; Fagerström 2009, 416; Holopainen ym. 2013, 14-16, 23,37, 81, 133; Williams ym. 2015, 34; Baker 2017, 3-4.)

Laadun, potilashoidon ja potilasturvallisuuden kehittämisessä keskitytään myös hoitotyön johtamisen prosesseihin. Johdon tehtävä on luoda edellytykset korkeatasoiselle työlle. Se velvoittaa sairaaloita kehittämään näyttöön perustuvaa hoitotyötä. Tämä johtaa positiivisen työympäristön syntyyn lisäten potilasturvallisuutta, potilastyytyväisyyttä, hoitajien tyytyväisyyttä ja työhön sitoutumista. Riittävällä hoitohenkilökunnan määrällä, koulutustasolla, ammattitaidolla ja johdon tuella vaikutetaan myönteisesti hoidon laatuun. Laadun tuloksia voidaan käyttää mittareina arvioitaessa sairaaloiden vetovoimaisuutta. Vetovoimaisuuteen sitoutumalla sekä potilaan hoidon mitattavissa olevat lopputulokset että hoitotyön mitattavissa olevat luvut paranevat. (Kvist ym. 2006, 108; Partanen ym. 2008, 70 & Kvist ym. 2013, 152-153.)

2.5 Hoitotyön kehittäminen hoitoisuusluokitusten avulla

RAFAELATM-hoitoisuusluokitusjärjestelmä on kehitetty hoitotieteellisestä lähtökohdasta arvioimaan potilaiden hoidon tarpeita sekä hoitajan tekemiä välillisiä ja

välittömiä hoitotyön toimia niiden kohtaamiseksi. RAFAELA™-järjestelmän omistaa Suomen Kuntaliitto ja sitä hallinnoi FCG (Finnish Consulting Group). RAFAELA™-hoitoisuusluokitusjärjestelmä on laajassa käytössä kotimaassa, mutta lisäksi sen käyttö on levinnyt Eurooppaan ja jopa Aasiaan. Hoitoisuusluokitusjärjestelmän päätavoite on se, että potilaiden tarpeet ovat tasapainossa käytettävissä olevien henkilöstöresurssien kanssa. Järjestelmä muodostuu kolmesta erimittarista: päivittäin tehtävistä hoitoisuusmittauksista hoitoisuusmittarin avulla, järjestelmään syötettävästä päivittäisestä henkilöstöresurssitiedosta ja vuosittain tehtävästä optimaalisen hoitoisuuden PAONCIL-mittauksesta (professional assessment of nursing care intensity level, PAONCIL). (Fagerström 1999, 5; Fagerström & Rauhala 2003, 12-14; Fagerström 2014, 30; Rainio & Ohinmaa 2004, 25.)

Vuodeosastoilla (OPCq) ja poliklinikoilla (POLIHOIq) hoidettujen potilaiden hoitoisuuden arviointi on ollut arkipäivää jo pitkään. Suomalaisessa perioperatiivisessa hoitotyössä leikkauspotilaiden hoitoisuuden arviointi on kuitenkin vielä varsin uusi asia. Perioperatiiviseen ympäristöön ei aiemmin ole ollut tarjolla yhtenäistä hoitoisuusluokitusmittaria. Tarve saada potilaiden hoitoisuus arvioitua sekä hoitajien tekemä työ näkyväksi myös leikkaus-, anestesia ja päiväkirurgisissa yksiköissä ajoi kehitystyötä eteenpäin. Kehitystyön tuloksena syntyi PERIHOIq-mittari, mikä on tarkoitettu käytettäväksi erityyppisillä leikkausosastoilla hoidon kaikissa vaiheissa: pre-, intra- ja post- vaiheissa. PERIHOIq-mittari on muodostettu asiantuntijapaneelin määrittelemistä perioperatiivisen hoitotyön ydinelementeistä, jotka on jaettu kuuteen eri osa-alueeseen kuvaamaan perioperatiivista hoitotyötä. Osa-alueet sisältävät erilaisia hoitotyön toimintoja potilaiden hoitamiseksi. Osa-alueet ovat hoidon suunnittelu ja järjestäminen, fysiologinen tasapaino, lääkehoito, kipu ja pahoinvointi, aseptiikka, aktiviteetti/lepo, liikkuminen ja asento, sekä tuki, ohjaus ja jatkoahoito sekä näytteet ja tutkimukset. (Rauta 2014, 13-14; Rauta & Vesänen 2015, 8-9.)

Perioperatiivinen sairaanhoitaja tekee työvuoronsa aikana lukemattomia erilaisia toimenpiteitä potilaiden hyväksi, mutta hoitajien työ koostuu myös muustakin kuin välittömästä potilashoidosta. Hoitaja vastaa potilaan hoidon tarpeisiin sekä tekemällä (doing) että olemalla (being). Luokittelemalla potilaat heidän hoitoisuudestaan käsin saadaan kuvailtua sekä mitattavaa että ei mitattavissa-olevaa hoitotyötä. Kaikki potilaan hyväksi tehty työ kirjataan ja luokitellaan, kuten hoidon

suunnittelu ja jatkohoidon järjestäminen. Hoitoisuusluokitusjärjestelmää käyttämällä hoitajat voivat avata omaa työtään ja kuvata työnsä sisältöä paremmin muille ammattiryhmille, palveluiden käyttäjille ja päätöksentekijöille. Luokittelemalla potilaat saadaan selville muun muassa paljonko työ pitää sisällään varsinaisen toimenpiteen lisäksi esimerkiksi potilaan tukemista, rohkaisemista ja kannustamista. (Rauhala & Fagerström 2007, 492; Fagerström 2009, 417; Ojansivu 2014, 34-35; Pulkkinen 2015, 34-35 & Rauta & Vesanen 2015, 10.)

RAFAELA™-hoitoisuusluokitusjärjestelmän avulla tuotetaan tietoa hoitotyön kuormittavuudesta, potilaiden hoitoisuudesta suhteessa henkilöstöresursseihin sekä sairaanhoitajien jaksamisesta työssään. Luotettavan ja standardoidun kirjattun tiedon avulla voidaan tunnistaa hoidon tarpeiden sisältöä, analysoida toimintaprosesseja, tuottavuutta ja kustannuksia sekä kartoittaa koulutus- ja kehittämistarpeita. Tietoa voidaan käyttää myös hallinnollisena työkaluna, sillä kirjaamisella tuotetaan erilaisia tunnus- ja tehokkuuslukuja, hoidon kuvausta ja tilastoja. Tämän seurauksena potilaat saavat hyvää ja laadukasta hoitoa. Hoitajat haluavat hoitaa potilaansa hyvin ja heille täytyy antaa siihen mahdollisuus. (Fagerström 1999, 5; Fagerström & Rauhala 2003, 11; Rauhala & Fagerström 2004, 352; Rauhala 2008, 2; Pusa 2007, 33; Rauta & Vesanen 2015, 8; Rauta ym. 2015, 2.)

Osaston optimaalinen hoitoisuustaso arvioidaan PAONCIL-mittauksen avulla. Siinä hoitajat tekevät rutiininomaisten hoitoisuusluokittelujen lisäksi yhdestä kahdesta kuukauden ajan päivittäin arvion itse hoitamiensa potilaidensa hoitoisuudesta. Nolla-aste (0; optimaalinen hoitoisuustaso) kertoo optimaalisesta hoitoisuudesta eli potilaiden hoidon tarve on tasapainossa käytettävissä olevien henkilöstöresurssien kanssa ja hoitajilla on realistinen mahdollisuus tarjota hyvää hoitoa. Toisin sanoen sairaanhoitajat määrittelevät itse työyksikkönsä optimaalisen hoitoisuustason eli tason, jolla potilaat saavat hyvää ja laadukasta hoitoa ja hoitajat ehtivät pitää lakisääteiset taukonsa. (Fagerström ym. 2002, 182; Rauhala & Fagerström 2007, 491 & Rauta & Vesanen 2015, 8.)

RAFAELA™-järjestelmässä käytetään termejä ”hyvän hoidon laatutaso” ja ”hyvän hoidon kriteerit”. RAFAELA™-järjestelmän käyttöönottovaiheessa työyksikössä tulee määritellä hyvän hoidon laatutaso. Sillä tarkoitetaan yksikön hoitohenkilökunnan yhteistä näkemystä hyvästä hoidosta. Hyvän hoidon laatutasosta

tarkennetaan yksikköön hyvän hoidon kriteerit, minkä perusteella arvioidaan hyvän hoidon toteutumista. Kriteerien tulee olla kaikkien tiedossa. Hyvän hoidon kriteerejä tarvitaan PAONCIL- mittauksessa. Niiden avulla hoitajat arvioivat, ovatko voineet hoitaa potilaita näiden kriteerien mukaisesti. (Fagerström 2014, 31-32; Rauta & Vesanen 2015, 9.)

3 L-PKS:N LEIKKAUS- JA ANESTESIAOSASTON TOIMINTA

Länsi- Pohjan sairaanhoitopiiri on kuntayhtymä, jonka muodostavat Lapin kuusi lounaisinta kuntaa: Kemi, Simo, Keminmaa, Tornio, Tervola ja Ylitornio. Sairaanhoitopiirin tehtävänä on järjestää laissa säädetyt erikoissairaanhoidon palvelut jäsenkuntiensa puolesta. Länsi- Pohjan keskussairaala on yksi Länsi- Pohjan sairaanhoitopiirin ylläpitämä sairaala, joka sijaitsee Kemissä. (Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2013, 4.)

L-PKS:n leikkaus- ja anestesiaosastolla tehdään laajasti eri kirurgisten erikoisalojen leikkaustoimenpiteitä. Tällä hetkellä erikoisaloja ovat yleiskirurgia, gastroenterologinen kirurgia, lastenkirurgia, ortopedia ja traumatologia, plastiikkakirurgia, verisuonikirurgia, urologia, käsikirurgia sekä neurokirurgia. Lisäksi leikkauksia suoritetaan myös muilla erikoisaloilla, kuten gynekologian ja korva- nenä- ja kurkkutautien aloilla. Anestesiataitoinen hoitohenkilökunta tarjoaa tarvittavat anestesiapalvelut luoden näin valmiudet tehokkaille ja turvallisille keskussairaalatasoisille leikkauksille. L-PKS:ssa toteutuu päivystysasetuksen mukainen ympärivuorokautinen päivystys kirurgisessa leikkaustoiminnassa ja anestesiapalveluiden osalta. Hoitohenkilökunnan osaamisala on hyvin laaja ja hoitajat työskentelevät leikkaus- ja anestesiaosastolla kolmessa vuorossa mahdollistaen ympärivuorokautisen toiminnan.

Leikkaus- ja anestesiaosastolta tuotetaan anestesiapalvelut koko sairaalaan. Anestesiapalveluilla tarkoitetaan erilaisia nukutus-, puudutus-, ja kivunhoitomenetelmiä sekä peruselintoimintojen valvontaa, ylläpitoa ja hoitotoimenpiteitä. Leikkaus- ja anestesiaosastolla on 8 leikkaussalia ja 2 heräämöö. Nykyaikaiset laitteet ja tilat ovat leikkaus- ja anestesiaosaston toiminnan ydin. Silmäleikkauksali ja sektiosali ovat muualla sairaalassa sijaitsevia ulkopisteitä. Anestesiapalveluita tarjotaan näiden lisäksi myös radiologian osastolle. Leikkaus- ja anestesiaosaston osaava ja ammattitaitoinen henkilökunta huolehtii potilaiden hyvinvoinnista ja hoidosta. Perehdytys leikkaus- ja anestesiaosastolla toteutetaan yksilöllisesti perehdytysohjelman mukaan. Perehdytys kestää keskimäärin muutamaa kuukauden, tarvittaessa pidempäänkin. Osaaminen ja ammattitaidon saavuttaminen vaativat kuitenkin useamman vuoden työkokemuksen sekä työsken-

telyn leikkaus- ja anestesiaosastolla. Työ leikkaus- ja anestesiaosastolla on tiimityöskentelyä, jossa jokaisella työntekijällä on oma tärkeä ja selkeästi määritelty roolinsa. (Länsi- Pohjan sairaanhoitopiiri 2017.)

L-PKS:n leikkaus- ja anestesiaosastolla työskentelee osastonhoitajan lisäksi 29 instrumentti- eli leikkaushoitajaa, 20 anestesiahoitajaa ja 2 varahenkilöä (11.8.2017). Leikkaus- ja anestesiaosastolla hoitajien työskentelyä ohjaavat arvot, jotka ovat ihmisarvon kunnioittaminen, asiakaslähtöisyys ja laadukkaasti toteutettu hoitotyö. Hoitotyön eettisiin arvoihin kuuluvat oikeudenmukaisuus, rehellisyys, suvaitsevaisuus, tasapuolisuus ja hyvä käytös työyhteisössä, toisen auttaminen ja kunnioittaminen, yhteistyö, vastuunkanto, työyhteisöön sitoutuminen, taloudellisuus sekä turvallisuus.

Anestesiahoitaja voi työpäivänsä aikana työskennellä leikkaussalissa, heräämössä, silmä- ja synnytysosastolla, radiologian osastolla tai tauottajana. Ennen leikkausta anestesiahoitajan tehtävä on muun muassa valmistella leikkaukseen tarvittava anestesia ja vastaanottaa potilas. Leikkauksen aikana anestesiahoitaja työskentelee anestesia lääkäriä kanssa työparina ylläpitäen potilaan tarvitsemaa anestesiaa monin eri hoitotyön keinoin. Leikkauksen jälkeen hän siirtää potilaan jatkohoitoon heräämöhön, teho-osastolle tai suoraan vuodeosastolle. Tämän jälkeen anestesiahoitaja kunnostaa salin seuraavaa potilasta varten. (Länsi- Pohjan sairaanhoitopiiri 2017.)

Ennen leikkausta instrumentoiva hoitaja muun muassa varaa saliin leikkauksessa tarvittavan välineistön. Potilaan saavuttua leikkaussaliin, hän valmistelee potilaan leikkaukseen yhdessä anestesiahoitajan ja valvovan hoitajan kanssa. Leikkauksen aikana instrumentoivan hoitajan tehtävänä on muun muassa instrumentoida ja avustaa kirurgia tai gynekologia. Leikkauksen jälkeen hän huolehtii leikkauksessa käytetyt välineet huoltoon, avustaa potilaan siirrossa ja kunnostaa salin käytön jälkeen. (Länsi- Pohjan sairaanhoitopiiri 2017.)

Valvovan hoitajan tehtävänä on valmistella sali leikkausta varten, vastaanottaa potilas yhdessä anestesiahoitajan kanssa ja valmistella potilas leikkausta varten. Valmisteluihin kuuluu leikkauksen laittaminen, leikkauksen desinfektio ja anestesiassa avustaminen. Leikkauksen aikana hän huolehtii eri laitteiston kytkestä, hakee leikkauksessa tarvittavia instrumentteja tai sidetarvikkeita ja

huolehtii leikkauksessa otetut näytteet eteenpäin. Leikkauksen jälkeen valvova hoitaja avustaa potilaan herätyksessä ja siirtämisessä jatkohoitoon sekä varustaa salin käytön jälkeen. (Länsi- Pohjan sairaanhoitopiiri 2017.)

Leikkaus- ja anestesiaosaston varsinaisessa heräämössä on yhdeksän potilaspaikkaa. Toinen heräämö sijaitsee leiko-osaston ja leikkaus- ja anestesiaosaston rajapinnassa, joka alun perin on suunniteltu neljälle lapsipotilaalle ja neljälle päiväkirurgiselle potilaalle. Nykyisin se on käytössä vain silloin, kun töissä on riittävästi henkilökuntaa - suurimman osan ajasta ollen suljettuna. Heräämöhoitajan työnkuvaan kuuluu potilaiden leikkauksen jälkeinen valvonta ja hoito, potilaiden leikkauskuntoon valmisteleminen sekä anestesiaalääkärin avustaminen toimenpiteissä, kuten esimerkiksi rytminsiirroissa, sähköhoidoissa, veripaikan laittamisessa ja erilaisissa puudutuksissa. Heräämöhoitaja arvioi potilaiden siirtokriteerien täyttymistä tarvittaessa yhdessä anestesiaalääkärin kanssa. Heräämöhoitaja vastaa potilaiden jatkohoidon järjestämisestä ja siihen liittyvästä raportoinnista, avustaen tarvittaessa myös potilaiden jatkohoitopaikkaan siirtämisissä. (Länsi- Pohjan sairaanhoitopiiri 2017.)

L-PKS:n vuodeosastot ja akuuttiklinikka voivat yövuoron aikana kutsua leikkaus- ja anestesiaosaston yövuorossa olevan leikkaustiimin apuun määrätyissä asioissa. Yönaikainen avun antaminen voi olla potilaskuljetuksiin, levottoman potilaan valvontaan tai toimenpiteissä avustamiseen liittyviä tehtäviä. Yövuorossa olevalla leikkaustiimillä täytyy kuitenkin olla aina välitön valmius lähteä leikkauksaliin. Ensisijaisesti leikkaus- ja anestesiaosastolla hoidetaan yövuoron aikana kiireelliset päivystysleikkaukset sekä toteutetaan niihin liittyvä heräämohoito.

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYS

Tämän opinnäytetyön lähtökohtana on RAFAELATM-hoitoisuusluokitusjärjestelmän käyttöönotto L-PKS:n leikkaus- ja anestesiaosastolla. Järjestelmän käyttöönottovaiheessa jokaisella perioperatiivisella hoitajalla tulee olla yhteinen näkemys siitä, minkälaista on hyvä ja laadukas hoitotyö omassa työyksikössä. Tämän opinnäytetyön tarkoitus on kuvailla, minkälaista on hyvä ja laadukas perioperatiivinen hoitotyö L-PKS:n leikkaus- ja anestesiaosastolla.

Tutkimustuloksista muodostetaan hyvän ja laadukkaan perioperatiivisen hoitotyön tarkistuslista, mitä käytetään L-PKS:n leikkaus- ja anestesiaosaston optimaalisen hoitoisuuden määrittelyssä (PAONCIL). Tarkistuslistan avulla hoitajat arvioivat, ovatko he voineet toteuttaa hyvää ja laadukasta perioperatiivista hoitotyötä. Tarkistuslistaa voidaan käyttää myös uusien työntekijöiden perehdytyksen apuvälineenä ja hyvän ja laadukkaan perioperatiivisen hoitotyön tavoittelun kohteena.

Tämän opinnäytetyön tavoite on kehittää hyvää ja laadukasta perioperatiivista hoitotyötä. Tarkastamalla aika ajoin hoitajien toiminta- ja ajattelutapoja voidaan löytää keinoja hoitotyön kehittämiseksi. Vastauksia haetaan seuraavan tutkimuskysymyksen avulla:

Miten hoitajat toteuttavat hyvää ja laadukasta hoitoa L-PKS:n leikkaus- ja anestesiaosastolla?

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

5.1 Tapaustutkimus laadullisen tutkimuksen lähestymistapana

Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen (2009, 22-23) tarkastelevat hoitotieteellisen tutkimuksen olemusta ja sen eri määritelmiä. Hoitotieteen tutkimus yhdistää teoriaa, koulutusta ja käytäntöä. Tutkimus- ja kehittämistyö nivoutuvat toisiinsa, painotusten ollessa erilaisia eri organisaatioissa. Esimerkiksi ammattikorkeakoulujen tutkimus- ja kehitystoiminta usein painottuu kehittämistyöhön, kun taas yliopistoissa ja tiedekunnissa painotetaan perustutkimusta. Tutkimus- ja kehitystyössä tarvitaan monenlaisia tietoja ja taitoja. Menetelmistä riippumatta tietoa pyritään aina jäsentämään loogiseksi kokonaisuudeksi. Tiedon lähteitä voi olla useita. Hoitotieteellinen tutkimus on systemaattista, loogista, kontrolloitua, empiiristä ja kriittistä ilmiöiden tarkastelua, jonka tavoitteena on tuottaa tietoa muun muassa hoitamisesta ja sen arvoperustasta ja hoitamista koskevasta päätöksenteosta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, Toikko & Rantanen 2009, 19-21; 22-23; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 31; Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2014, 11.)

Luotettava tiedon tuottaminen perustuu tiedon hankkimisen menetelmiin ja metodologiaan. Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen (2009, 40) selvittävät metodologian ja metodien käytön eroa. Metodologialla tarkoitetaan laajasti todellisuutta koskevan tiedon peruslähtökohtia, tieteellistä perusnäkemystä ja ylipäättään maailmankatsomusta. Metodien käytöllä tarkoitetaan puolestaan suppeammin sitä, miten tutkittavasta ilmiöstä hankitaan uutta tietoa. Tutkimusta määrittää itse tutkittava ilmiö ja se, mitä siitä halutaan tietää. Ne sanelevat, millaisella lähestymistavalla ja millaisin menetelmin saadaan parhaiten vastauksia asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Tutkimuksen menetelmällisten ratkaisujen pohdinta on keskeinen osa tutkimustyötä. Tutkijan on osattava perustella lähtökohtansa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 40; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 15.)

Laadullisen tutkimuksen eri määritelmissä korostuvat ihmisten kokemusten, tulkintojen, käsitysten ja motivaatioiden tutkiminen sekä kuvaus ihmisten näkemyksistä. Laadullinen tutkimus liittyy uskomuksiin, asenteisiin sekä käyttäytymiseen. Laadullisen tutkimuksen avulla pyritään selvittämään totuutta tutkimuksen koh-

teena olevasta ilmiöstä ja jäsentämään todellisuutta paremmin hallittavaan muotoon. Lähtökohtana voi olla uuden ilmiön kuvaaminen tai käsitteellistäminen. Laadullisen tutkimuksen menetelmiä on useita. Tässä opinnäytetyössä ollaan tekemisissä näkemysten ja kokemusten kanssa omassa uniikissa ympäristössään, joten tämä opinnäytetyö on lähestymistavaltaan laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus ja luonteeltaan tapaustutkimus. (Kylmä & Juvakka 2007, 16-17; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 18-19, 65-66, 74.)

Tapaustutkimus soveltuu hyvin kehittämistyön lähestymistavaksi, kun halutaan ymmärtää syvällisesti esimerkiksi organisaation tilannetta. Tapaustutkimuksessa tutkitaan syvällisesti jotain kohdetta sen omassa ympäristössään. Tapaustutkimuksen lähtökohtana on tuottaa tietoa erityisistä paikkaan ja aikaan sidotuista ilmiöistä, olosuhteista, prosesseista, merkityksestä ja tiedosta. Tapaustutkimuksen juoni rakentuu paikallisten tapahtumien, ilmiöiden, erityispiirteiden ja niitä ympäröivän maailman väliselle suhteelle. Tapaustutkimuksen päämäärä on ilmiöiden ymmärtäminen ainutlaatuisten ominaisuuksiensa ja niiden taustalla olevien asiayhteyksien välisenä vuoropuheluna. Vuoropuhelu tulee näkyväksi monin eri tavoin. Tapauksen asiayhteys voidaan osoittaa käsitteellisellä jäsennyksellä. Teoreettisen tulkintakehyksen avulla tapauksesta nousee esiin asioita, jotka voivat olla yhteisiä hyvinkin laajalla ilmiökentällä. Tapauksen erityispiirteistä tulee keino ymmärtää laajempia ilmiöitä. Tapaustutkimus voi tuottaa uudenlaisia näkökulmia ja antaa äänen tahoille, jotka muuten voisivat jäädä kuulematta. (Yin 2003, 13-14; Peltola 2007, 111-113; Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2014, 37.)

5.2 Aineiston hankinta

Laadullisen tutkimuksen alueella on käytettävissä runsaasti erilaisia aineistonkeruumenetelmiä, joita voidaan käyttää vaihtoehtoisesti tai eri tavoin yhdisteltynä tutkittavan ongelman ja resurssien mukaan. Tapaustutkimukselle on tyypillistä, että tapauksen tutkimiseen käytetään useita erilaisia tiedonhankintamenetelmiä, joiden avulla saadaan syvä ja kokonaisvaltainen kuva tutkittavasta tapauksesta. Tässä opinnäytetyössä aineistoa hankittiin perioperatiivisille hoitajille suunnatun kirjallisen kyselyn avulla sekä havainnoimalla perioperatiivisen hoitotyön toteuttamista luonnollisessa ympäristössään. Kaikki kirjallisen kyselyn kysymykset ovat tutkimuksen tarkoituksen kannalta merkityksellisiä ja jokaiselle kysymykselle löy-

tyy perustelu tutkimuksen viitekehyksestä - tutkittavan ilmiön jo tiedetystä tiedosta. Kyselyn avulla saadaan usein esiin normit ja säännöt, mutta havainnointi paljastaa paremmin asioiden todellisen tilan. Havainnoinnin avulla asiat ja ilmiöt nähdään niiden luonnollisissa ympäristöissä. Kirjallisen kyselyn vastaukset voivat tuoda voimakkaammin esille johonkin ilmiöön tai asiaan liittyvät normit. Havainnoimalla saadaan arvokasta tietoa hoitotyön todellisuudesta ja ihmisten käyttäytymisestä, ei vain siitä, mitä he itse ajattelevat tekevänsä tai mitä he haluavat toisten luulevan heidän tekevän. Myös päinvastoin, kyselyn avulla voidaan selvittää havainnoinnin kohteena olevaa ilmiötä. Tärkeintä on, että käyttämällä sekä kyselyä että havainnointia aineistonkeruumenetelminä, voidaan saada syvempi ymmärrys tutkittavaan aiheeseen. (Yin 2003, 83-84; Kylmä & Juvakka 2007, 16-17, 55; Tuomi & Sarajärvi 2009, 71, 74-75, 81; Kyngäs, Kääriäinen, Elo, Kanste & Pölkki 2011, 141; Sinivuo, Koivula & Kylmä 2012, 293; Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2014, 37, 121.)

Kyselylomakkeen tulee olla sisällöltään tutkimusilmiötä kattavasti mittaava ja riittävän täsmällinen. Sen perustana täytyy olla kattava ja luotettava kirjallisuuskatsaus. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 113-114, 116.) Kyselyn sisältämät kysymykset otsikoitiin leikkaus- ja anestesiaosastolla käytössä olevan PERIHOIq-mittarin osa-alueiden mukaan, missä perioperatiivisen hoitotyön sisällöt on jaettu kuuteen osa-alueeseen. Kysymykset olivat avoimia ja niissä pyydettiin kuvailemaan niitä hoitotyön toimintoja, joilla vastaajat toteuttavat hyvää ja laadukasta hoitotyötä kullakin perioperatiivisen hoitotyön osa-alueella (Liite 3).

Aineistoa hankittiin lisäksi havainnoimalla perioperatiivisen hoitotyön toteuttamista luonnollisessa toimintaympäristössään. Myös havainnointi toteutettiin PERIHOIq-mittarin osa-alueiden mukaisesti. Havainnointi kohdistui hoitotyön toteuttamiseen perioperatiivisen hoitotyön osa-alue kerrallaan. Molemmat opinnäytetyön tekijät havainnoivat kaikkia hoitotyön osa-alueita. Havainnointi tapahtui oman työnsä ohessa, ollen osallistuvaa. Havainnot dokumentoitiin muistiinpainoina niistä huomioista, miten hoitajat toteuttavat hyvää ja laadukasta perioperatiivista hoitotyötä. Havainnoimalla perioperatiivista hoitotyötä oikeassa kontekstissaan tavoitellaan tässä opinnäytetyössä syvempää ymmärrystä tutkimuksen kohteena olevista ilmiöistä. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 83; Yin 2003, 109; Kylmä &

Juvakka 2007, 95; Vilkkä 2006, 11-13, 37; Tuomi & Sarajärvi 2009, 73, 82; Sini-vuo ym. 2012, 293; Kananen 2013, 56–57, 103; Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2014, 121.)

Opinnäytetyöstä tehtiin yhteistyösopimus osastonhoitajan kanssa (Liite 1). Opin-näytetyön tutkimussuunnitelma esitettiin henkilökunnan aamupalaverissa 8.2.2017. Esityksenä käytettiin tutkimussuunnitelmaseminaarissa käytettyä Po-weiPoint-esitystä. Esityksen jälkeen hoitajille annettiin mahdollisuus kysyä ja kommentoida tutkimussuunnitelmaa. Operatiivisen ylihoitajan allekirjoituksellaan hyväksymän tutkimusluvan (10.2.2017) jälkeen (Liite 2) kyselylomakkeet jätettiin leikkaus- ja anestesiaosastolle (13.2.2017). Kohdejoukon muodostivat leikkaus- ja anestesiaosaston leikkaus- ja anestesiahoitajat (N=51). Hoitohenkilökuntaan kuului tuolloin 29 leikkaushoitajaa, 20 anestesiahoitajaa ja 2 varahenkilöä. Aineis-tonkeruuajaksi sovittiin kaksi viikkoa, mutta alun hitaan lomakkeiden palauttami-sen vuoksi niitä kerättiin lopulta kolmen viikon ajan. Kyselylomakkeen palautti 27 hoitajaa (n=27). Palautuneista lomakkeista ei hylätty yhtäkään. Näin ollen lopul-linen vastausprosentti oli 53 %. Erillistä uusintakyselyä ei tarvinnut toteuttaa hy-vän vastausprosentin takia. Laadullisen tutkimuksen hengessä tämä oli valtava aineisto, mutta tutkimuksen lähtökohdat edellyttivät hoitajien laajaa osallista-mista. Havainnointi eteni työn ohessa siten, että molemmat opinnäytetyön tekijät havainnoivat yhden työpäivän ajan yhtä perioperatiivisen hoitotyön osa-aluetta. Havainnointi suoritettiin reilun viikon aikana, kumpikin opinnäytetyön tekijä omien aikataulujensa mukaan. Muistiinpanot havainnoista kirjoitettiin tietokoneelle vii-meistään kyseisen työpäivän iltana, jotta mitään ei ehtisi unohtua.

5.3 Aineiston analysointi

Tässä opinnäytetyössä molempien aineistojen analysointimenetelmänä käytettiin sisällön analyysia. Sisällönanalyysi on hoitotieteessä yleisesti käytetty tapa ana-lysoida kirjoitettua, verbaalista tai visuaalisesti kommunikoitua viestintää. Se on tutkimusmenetelmänä systemaattinen: se kuvailee ja määrittelee tutkimuksen kohteena olevaa ilmiötä objektiivisesti. Sen avulla voidaan muodostaa tutkittavaa ilmiötä kuvailevia kategorioita, käsitteitä, käsitejärjestelmiä, käsitekarttoja tai mal-leja. Sisällön analyysissä pyritään rakentamaan sellaisia malleja, jotka esittävät tutkittavaa ilmiötä tiivistetyssä muodossa ja joiden avulla tutkittava ilmiö voidaan

käsitteellistää. Sisällön analyysi on prosessi, joka muodostuu aineiston kokonaisuuden hahmottamisesta ja sen yksityiskohtaisesta analyysistä. Tämä tutkimusmenetelmä on juuri niin helppo tai haasteellinen, kuin tutkija päättää sen olevan. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 3; Kylmä & Juvakka 2007, 112; Elo & Kyngäs 2008, 107-108; Kylmä ym. 2008, 25; Kyngäs ym. 2011, 138-139.)

Sisällön analyysissä voidaan edetä kahdella tavalla joko lähtien aineistosta (induktiivisesti) tai jostain aikaisemmasta käsitejärjestelmästä (deduktiivisesti), jota hyväksi käyttäen aineisto luokitellaan. Tämän opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite määrittävät aineiston lähestymistavan. Tässä opinnäytetyössä tutkittava ilmiö on ainutkertainen, joten aineistoa lähestyttiin induktiivisesti. Lisäksi ilmiötä ei haluttu testata missään tietyssä kontekstissa, vaan täysin ilman ennakkokäsityksiä. Induktiivisessa lähestymistavassa edetään yksityiskohdista yleiseen tietoon siten, että pienemmistä yksityiskohdista muodostuu isompia kokonaisuuksia. Induktiivisen sisällönanalyysin tuloksena syntyy abstrahoinnin kautta käsitteitä. Abstrahoinnissa muodostetaan yleiskäsitteiden avulla kuvaus tutkimuskohteesta. Analyysiprosessin tuloksena raportoinnissa näkyy se, miten käsite on rakennettu. Tutkija pystyy kuvailemaan osan tästä syntyprosessista perusteellisesti, mutta osa on tutkijan omia oivalluksia, joita voi olla hyvin vaikea kuvailla kirjallisesti. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5; Elo & Kyngäs 2008, 107, 109; Kyngäs ym. 2011, 139-140.)

Sisällön analyysin valmisteluvaiheessa päätetään analyysiyksiköstä. Analyysiyksikön valinta edellyttää tarkkaa harkintaa siitä, mitä analysoidaan ja millä tarkkuudella. Liian laaja analyysiyksikkö vaikeuttaa analyysia. Toisaalta, liian pieni analyysiyksikkö voi aiheuttaa epäyhtenäisyyttä ja hajanaisuutta. Tutkimuskysymyksestä riippuen analyysiyksikkö voi olla tietty sana, lause, sanojen määrä vastauksessa, osallistujien määrä keskustelussa tai keskusteluun käytetty aika. Analyysiyksikön valitsemisen jälkeen aineisto luetaan useita kertoja läpi. Tutkija ei voi saada näkemystä aineistosta, jos hän ei ole perehtynyt siihen kunnolla. Lukeminen on aktiivista lukemista ja sen tarkoituksena on luoda pohja analyysille. Luokiessaan aineistoa tutkija voi esittää sille kysymyksiä. Tutkija yrittää päästä sisälle aineistoon ja ymmärtää mistä siinä on kysymys. Lukemalla aineisto useita kertoja pyritään siitä löytämään sisällöllisiä väittämiä. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5; Elo & Kyngäs 2008, 109, Kylmä ym. 2008, 24.)

Tämän opinnäytetyön kirjallinen tutkimusaineisto oli todella runsas: 27 kyselylomaketta, jossa kuusi avointa kysymystä kussakin (Taulukko 3). Kaikki kysymykset analysoitiin erikseen induktiivisesti lähestyen. Vastaukset sisälsivät ranskalaisia viivoja, lauseita ja virkkeitä, yhdestä useampaan. Aineisto litteroitiin Word -tekstinkäsittelyohjelmalla. Analyysiyksiköksi valittiin yhden tai useamman lauseen pituinen ajatuksellinen kokonaisuus. Ajatukselliset kokonaisuudet numeroitiin. Litteroinnin jälkeen aineisto pelkistettiin samalle Word-dokumentille. Alkuperäisilmaisu kirjoitettiin lainausmerkeillä ja kursivoiden. Seuraavalle riville kirjoitettiin sitä vastaava pelkistys normaalifontilla. Aineistoa ei pelkistetty liikaa, ettei alkuperäisilmauksen tietoa kadotettu liikaa. Word-dokumentit tulostettiin ja paperit leikattiin suikaleiksi siten, että yksittäisessä suikaleessa oli nähtävillä sekä alkuperäisilmaisu että pelkistys. Tällä tavalla voitiin vielä varmistaa, ettei sisällön tarkkuus kärsinyt.

Taulukko 3. Kirjallinen tutkimusaineisto kyselyistä.

Kysymys numero	Analyysiyksikköä
1	116
2	85
3	107
4	138
5	108
6	88

Analyysia aloittaessa tulee päättää, otetaanko huomioon ainoastaan ilmisäältä vai huomioidaanko myös piilosisältö. Tässä vaiheessa aineistoa karsittiin jonkin verran jättämällä analyysin ulkopuolelle kaikki ne vastaukset, jotka olivat liian epäselviä tai abstrakteja analysoitaviksi. Esimerkiksi yhden sanan vastaukset, yksittäisten sanojen muodostamat luettelot tai kysymykseen selvästi kuulumattomat vastaukset jätettiin analyysin ulkopuolelle. Tässä opinnäytetyössä päätettiin pysyä ilmisäällössä, sillä piilosisällön analysoiminen edellyttää aina tutkijasta riippuvaista tulkintaa. Keskeistä oli aineiston sisällöllisten väittämien tunnistaminen,

sillä juuri ne ilmaisevat jotakin tutkittavasta ilmiöstä. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5; Elo & Kyngäs 2008, 109; Kylmä ym. 2008, 24.)

Seuraavassa vaiheessa sisällön analyysia pelkistetyt ilmaisut ryhmitellään alaluokiksi. Ryhmitellessä aineistoa tutkija yhdistää pelkistetyistä ilmaisuista ne asiat, jotka näyttävät kuuluvan yhteen. Yleiskäsitteiden avulla muodostetaan kuvaus tutkimuskohteesta. Yläluokat muodostetaan yhdistämällä samansisältöiset alaluokat toisiinsa. Yläluokka nimetään niin, että se kuvaa kaikkia sen sisältämiä alaluokkia. Kaiken kaikkiaan aineiston analyysissa on kyse keksimisen logiikasta. Ei ole olemassa sellaista tieteellistä metodia, joka takaisi menestyksen totuuden etsinnässä. Tutkimuksen tekijän itsensä on tuotettava analyysinsa viisaus. Tässä auttavat yksilön intellektuaalisen vastaanottokyvyn herkkyyks, oivalluksen terävyys ja myös onnekkuus. Tässä opinnäytetyössä sisällön analyysi tehtiin molempien opinnäytetyön tekijöiden yhteistyönä. Tällä tavoin molempien opinnäytetyön tekijöiden oivallukset saatiin mukaan. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5, 10; Vilkkä 2006, 37; Kylmä ym. 2008, 25; Tuomi & Sarajärvi 2009, 100, 103; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 75.)

Tutkimusaineistoista etsittiin vastauksia, miten sairaanhoitajat toteuttavat hyvää ja laadukasta perioperatiivista hoitotyötä. Tutkimustulokset esitetään perioperatiivisen hoitotyön osa-alueittain siten, että kirjallisen aineiston tutkimustuloksia kommentoidaan havaintojen avulla (Kuvio 1). Tutkimustuloksissa otetaan kantaa, tukevatko havainnot perioperatiivisen hoitotyön toteuttamisesta kirjallisen aineiston analyysin tuloksia, vai poikkeavatko ne niistä.



Kuvio 1. Tutkimustulosten esittäminen.

Tutkimustuloksista tehdään leikkaus- ja anestesiaosaston hoitajien kanssa ryhmätyönä tiivistetty versio, mitä käytetään hyvän ja laadukkaan perioperatiivisen hoitotyön toteuttamisen arvioimisessa tarkistuslistana (Liite 4). Sen avulla hoitajat arvioivat, ovatko he voineet toteuttaa hyvää ja laadukasta hoitotyötä.

6 HYVÄ JA LAADUKAS PERIOPERATIIVINEN HOITOTYÖ L-PKS:N LEIKKAUS- JA ANESTESIAOSASTOLLA

6.1 Perioperatiivisen hoidon suunnittelu ja järjestäminen

Ensimmäinen kysymys koski potilaiden perioperatiivisen hoidon suunnittelua ja järjestämistä tuottaen 116 ajatuskokonaisuutta analysoitavaksi. Kysymys 1 oli: "Kuvaillkaa, mitä toimintoja PERIOPERATIIVISEN HOIDON SUUNNITTELU JA JÄRJESTÄMINEN sisältävät toteuttaessanne potilaan hyvää ja laadukasta hoitotyötä." Vastauksissa hoitajat kuvailevat hyvää ja laadukasta perioperatiivisen hoitotyön toteuttamista kolmen eri teeman avulla: valmistelu ja varautuminen, potilasturvallisuuden varmistaminen ja potilaan turvallisuuden tunteen vahvistaminen sekä työnjako ja töiden organisoiminen. Nämä teemat ilmenevät hoitotyössä toimintoina, jotka liittyvät tietojärjestelmien käyttämiseen, salivalmisteluihin, osaamisen ja tiedonkulun varmistamiseen, potilaan huomioimiseen, potilaan esivalmisteluihin ja leikkausohjelman suunnitteluun. Näitä teemoja yhdistää yksilöllisen hoidon suunnittelu ja järjestäminen (Taulukko 4).

Taulukko 4. Hyvä ja laadukas perioperatiivinen hoitotyö suunnittelu ja järjestäminen osa-alueella.

Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka	Yläluokka	Yhdistävä luokka
Esitietoihin perehtyminen. Potilaan kaikki tarvittavat tiedot ovat tietojärjestelmissä.	Tietojärjestelmien tarkoituksenmukainen hyödyntäminen	Valmisteleminen ja varautuminen	Yksilöllisen ja turvallisen hoidon suunnittelu ja järjestäminen.
Välineistön varaaminen ja laitteiston toiminnan varmistaminen. Tarvittavat välineet ja laitteet valmiina salissa.	Salivalmistelut		
Riittävä koulutus ja perehdytys tehtäviin ja erilaisten laitteiden käyttöön. Olemassa olevat ohjeet eri leikkauksista ja anestesiaa. Tiedetään, mitkä tarvikkeet varataan mihinkin leikkaukseen.	Osaaminen	Potilasturvallisuuden varmistaminen ja potilaan turvallisuuden tunteen vahvistaminen.	
Tarkistuslistan käyttäminen. Kirjallinen ja suullinen raportointi. Potilaan haastatteleminen.	Tiedonkulun varmistaminen		
Potilas tietää mitä tapahtuu eikä pelkää turhaan. Potilaan rauhallinen ja asiallinen vastaanottaminen. Potilaan yksilöllisyyden huomioiminen.	Potilaan huomioiminen		
Tarvittavat laboratoriokohteet otettu ennen saliin tuloa Potilas esivalmisteltu: tukisukat, ihokarvojen ajelu jne. Leikkausviilto on merkitty.	Potilaan esivalmistelut	Työnjako ja töiden organisointi	
Päiväkirurgisten potilaiden porrastus. Riittävästi osaavaa henkilökuntaa kaikissa saleissa.	Leikkauslistan suunnittelu		

Hyvää ja laadukasta hoitotyötä toteutetaan valmistelemalla ja varautumalla. Hoitajat suunnittelevat tulevaa toimenpidettä ja anestesiaa useaan eri tietojärjestelmään ja niistä saatavilla oleviin tietoihin perustuen. Leikkauksensuunnitteluohjelmasta (LESU) etsitään tietoa tulevasta toimenpiteestä ja anestesiasta ja niissä tarvittavista välineistä ja lääkkeistä, potilaan leikkausasennosta, leikkauksen puolisuuudesta, tarvittavasta antibioottiprofylaksiasta ja potilaan riskitiedoista. Hoitajat

perehtyvät lisäksi ESKO -potilastietojärjestelmässä ja ANTTI -anestesiatietojärjestelmässä potilaasta saatavilla oleviin esitietoihin.

“Kirurgit, gynekologit ja anestesia lääkärit täyttävät LESU:lle toimenpiteeseen haluamansa erikoisuudet, jolloin valmistelut päästään aloittamaan hyvissä ajoin.”

“Löydän tietojärjestelmistä tarvittavat tiedot potilaasta ja toimenpiteestä.”

“Potilaan tiedot LESU:lla. Allergiat, tarvittavat lääkehoidot esim. antibiootit, röntgentutkimukset, tarvittavat näytteet.”

Salivalmisteluihin kuuluu ohjeiden, hoitoteknologian, hoitotarvikkeiden, lääkkeiden ja instrumenttien varaamista, järjestelyä ja valmistelemista. Vastauksissa kerrotaan hoitajien suunnittelevan työtään mahdollisimman pitkälle ennen potilaan saapumista tai hakemista leikkaussaliin. Leikkauksessa tarvittavat välineet ja laitteet varataan, niiden toimintakunto varmistetaan ja hoitoympäristö valmistellaan potilaan hoidon tarpeiden mukaisesti. Myös anestesian hoitamiseen tarvittavat lääkkeet ja välineistö varataan, niiden toimintakunto varmistetaan ja ne valmistellaan. Anestesian aloituksessa tarvittavat lääkkeet valmistellaan ruiskuihin asti. Myöhemmin annettavat ja mahdollisesti tarvittavat lääkkeet huolehditaan anestesiapöytään. Kaikkia välineitä ja tarvikkeita ei ole tarkoituksenmukaista ottaa saliin asti. Niiden tulee olla kuitenkin toimintavalmiina, helposti saatavilla ja niille sovitussa paikoissa. Hoitajat suunnittelevat ja valmistelevat potilaan perioperatiivista hoitoa huolellisesti, tavoitteena mahdollisten ongelmien ennakointi ja niihin varautuminen.

“Potilaiden esitietoihin tutustuminen rauhassa: pystyy ennakoimaan mahdolliset ongelmat ja varaamaan tarvittavat välineet saliin.”

“Tarvittava välineistö ja tavarat aina valmiina salissa eli jos ottaa viimeisen, tuo tilalle uuden.”

Hoitajat kuvailevat hyvää ja laadukasta perioperatiivista hoitotyötä potilasturvallisuuden varmistamisena. Potilasturvallista hoitotyötä toteutetaan osaavan henkilökunnan avulla. Hoitajat kuvailevat osaamista riittävänä koulutuksena ja pereh-

dytyksenä tietojärjestelmien, laitteiden ja välineiden käytön hallitsemiseksi. Hoitotyötä toteutetaan muun muassa ajantasaisten, kirjallisten ohjeiden avulla. Myös tiedonkulku korostuu potilasturvallisessa perioperatiivisessa hoitotyössä. Tiedonkulkua varmistetaan haastatteleamalla potilasta, käyttämällä leikkaustiimin tarkistuslistaa ja edellyttämällä hyviä kommunikaatio- ja raportointitapoja kaikkien potilasta hoitavien tahojen kesken.

”Riittävä koulutus ja perehdytys tehtäviin ja erilaisten laitteiden käyttöön.”

”Tiedetään mitkä tarvikkeet varataan mihinkin leikkaukseen.”

”Ohjeet leikkauksesta ja anestesiasta löytyvät kansioista”

”Tarkistuslistan käyttäminen.”

”Kirjallisen raportoinnin lisäksi suullinen raportointi erityisesti huomattavista asioista.”

Hyvään ja laadukkaaseen perioperatiiviseen hoitotyöhön kuuluu potilaan huomiointi, kun häntä vastaanotetaan leikkaussaliin. Potilas otetaan vastaan kunnioittavasti ja rauhallisesti. Hoitajat keskusteleval potilaan kanssa pyrkien lieventämään hänen jännitystään. Leikkaustaso lämmitetään potilasta varten ja koko leikkaussali on valmisteltu niin, että koko leikkaustiimi on valmiina paikalla vastaanottamassa potilasta. Hoitajat vahvistavat potilaan turvallisuuden tunnetta käyttämällä aikaa potilaan kanssa keskustelemiseen.

”Potilaan vastaanottaminen tapahtuu rauhallisesti ja asiallisesti potilasta kunnioittaen.”

”Aikaa potilaan kanssa keskusteluun, eli vähentää jännitystä.”

”Kun ei tarvi potilaan saliin tulon jälkeen juoksennella ees taas, luodaan rauhallinen ja turvallinen tilanne potilaalle.”

”Potilas tietää mitä tapahtuu.”

Hyvän ja laadukkaan hoitotyön toteuttamiseen leikkaus- ja anestesiaosastolla vaikuttaa myös työnjakoon ja töiden organisoimiseen liittyvät asiat, kuten leikkauslistan suunnitteleminen ja potilaan toteutuneet esivalmistelut ennen leikkaukseen saapumista. Hoitajat kuvailevat voivansa toteuttaa hyvää ja laadukasta hoitotyötä leikkaus- ja anestesiaosastolla silloin, kun potilas on asianmukaisesti valmisteltu hänen saapuessaan leikkaussaliin. Vastauksissa kerrottiin muualla kuin leikkaus- ja anestesiaosastolla tehtävien esivalmistelujen vaikutuksista hyvän ja laadukkaan hoitotyön toteuttamiseen leikkaus- ja anestesiaosastolla. Jos potilaan esivalmisteluissa on puutteita, ne jäävät leikkaus- ja anestesiaosaston hoitajien tehtäviksi. Vastauksissa mainitaan esimerkiksi epäselvyyksistä näytteenotoissa, lääkehoidossa tai sen kirjaamisessa, tai joihinkin leikkauksiin kuuluvissa valmisteluissa. Tällöin potilaan viettämä aika leikkaussalissa pitenee siellä jatkuvien valmistelujen myötä, potilasta voidaan joutua valmistelemaan heidän läsnäollessaan, jotta hänet voidaan ottaa leikkaussaliin, tai toimenpidettä joudutaan siirtämään.

“Tarvittavat labrat jo otettu, ettei tarvitse enää odotella esimerkiksi invastusta.”

“X-veri ja veriryhmämääritys otettu ennen kuin potilas tulee saliin.”

“Potilas esivalmisteltu hyvin. Tukisukat, raakausta jne.”

“Potilaalle on tehty riittävät tutkimukset ennen leikkausta, jolloin hän on valmis kokonaisuus, kun hän saapuu leikkaukseen.”

“Leikkausviilto on merkitty.”

Leikkauslistan suunnitteleminen on myös osa hyvää ja laadukasta perioperatiivista hoitotyötä. Potilasnäkökulmasta laadittu leikkausohjelma ottaa huomioon muun muassa anestesia- ja kirurgien työnjaon, välineistön saatavuuden sekä hoitajien työnjaon. Hoitajat kuvailevat hyvän ja laadukkaan perioperatiivisen hoitotyön olevan yleisemmällä tasolla sitä, että päiväkirurgisilla potilailla olisi mahdollisuus päästä kotiin samana päivänä. Leikkauslistan suunnittelussa tämä tapahtuu esimerkiksi porrastamalla päiväkirurgisten potilaiden saapuminen sairaalaan. Hyvää ja laadukasta hoitotyötä toteutetaan varmistamalla riittävästi

osaavaa henkilökuntaa jokaiseen saliin, jotta kaikilla hoitajilla on mahdollisuus tarjota potilailleen hyvää ja laadukasta perioperatiivista hoitoa.

Havainnot perioperatiivisen hoitotyön toteuttamisesta tukevat osittain kirjallisen aineiston sisällön analyysin tuloksia. Perioperatiivisen hoitotyön suunnittelun ja järjestämiseen liittyvää hyvää ja laadukasta hoitotyötä toteutettiin muun muassa vuorovastaavan ja leikkaustiimin jäsenten välisillä hyvillä yhteistyö- ja kommunikaatiotaidoilla, huolellisella suunnittelulla ja valmistautumisella sekä heräämöhoitajien joustavalla toiminnalla potilaiden perioperatiivisen hoidon suunnittelussa ja järjestämisessä. Kirjallisia ohjeita hyödynnettiin perioperatiivisen hoidon suunnittelussa. Hoitajat käyttivät aikaa perioperatiivisen hoidon suunnitteluun potilasturvallisuuden varmistamiseksi. Havaintojen perusteella hyvän ja laadukkaan hoitotyön toteuttamista estivät puutteet sekä leikkauksensuunnitteluohjelman että potilastietojärjestelmien täyttämässä sekä leikkauksien ja anestesiapöytien varustelussa.

6.2 Fysiologinen tasapaino

Toinen kysymys koski potilaiden fysiologista tasapainoa, tuottaen 85 ajatuskokonaisuutta, joista analysoitiin 58. Kysymys 2 oli: "Kuvailkaa, mitä toimintoja FYSIOLOGINEN TASAPAINO sisältää toteuttaessanne potilaan hyvää ja laadukasta hoitotyötä." Vastauksissa hoitajat kuvailevat hyvää ja laadukasta hoitotyötä fysiologisen tasapainon arvioimisen ja yksilöllisen hoidon toteuttamisen avulla. Hoitajat toteuttavat hyvää ja laadukasta hoitotyötä suunnittelemalla, valmistelemalla, arvioimalla potilaan vointia, huolehtimalla potilaiden peruselintoiminnoista ja lämpö- ja nestetasapainosta, kirjaamalla, tiedottamalla potilaan voinnista ja raportoimalla. Näitä teemoja yhdistää tilanteen tasalla oleminen (Taulukko 5).

Taulukko 5. Hyvä ja laadukas perioperatiivinen hoitotyö fysiologisen tasapainon osa-alueella.

Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka	Yläluokka	Yhdistävä luokka
Potilaan esitietoihin perehtyminen. Esitietoihin perustuvan arvion tekeminen potilaan fysiologisesta tasapainosta. Suunnitelman laatiminen potilaan hoitamiseksi.	Suunnitteleminen	Fysiologisen tasapainon arvioiminen	Tilanteen tasalla oleminen
Lääkeinfuusion valmisteleminen. Vaikeaan intubaatioon valmistautuminen. Etukäteen nesteyttäminen. Etukäteen lämmittäminen. Voinnin mukaisen valvonnan järjestäminen.	Valmisteleminen		
Voinnin arvioiminen eri menetelmiä käyttäen. Ongelmien tunnistaminen. Potilaan tuntemusten kysyminen.	Potilaan voinnin arvioiminen		
Peruselintoiminnoissa tapahtuviin muutoksiin reagoiminen. Potilaan yksilöllisen hoidon toteuttaminen.	Peruselintoiminnoista huolehtiminen	Yksilöllisen hoidon toteuttaminen	
Esilämmittäminen. Lämpötasapainon ylläpitäminen. Lämmön monitorointi.	Lämpötasapainosta huolehtiminen		
Riittävä nesteyttäminen. Diureesin seuraaminen. Nestetasapainon ylläpitäminen.	Nestetasapainosta huolehtiminen		
Potilaan voinnissa tapahtuvien muutosten tiedottaminen. Potilaan voinnin kirjaaminen.	Kirjaaminen, tiedottaminen ja raportointi		

Potilaan fysiologisen tasapainon hoidon tarpeisiin vastaaminen sisältää suunnittelemissa, valmistelemissa ja potilaan voinnin eri menetelmiin perustuvaa arvioimista. Hoitajat kertovat tekevänsä esitietojen perusteella arvion potilaan hoidon tarpeista. Tekemänsä arvion perusteella hoitaja laatii suunnitelman potilaan hoitamisesta. Esitietojen perusteella hoitaja voi varata tarpeelliset välineet potilaan hoitamiseksi ja voinnin monitoroimiseksi, sekä varata ja valmistella tarvittavia elintoimintoja tukevia lääkkeitä ja infuusioita. Esitietojen perusteella voidaan etukäteen valmistautua esimerkiksi vaikeaan intubaatioon tai muutoksiin potilaan verenpaineessa.

“Esitietoihin ja mittauksiin perustuva arvio ja sen pohjalta tehty suunnitelma.”

“Verenpainetautiä sairastavan potilaan kohdalla varaudutaan verenpaineen laskuun (arteriakanyyli, noradrenaliini-infuusio).”

“Esihapetus ennen intubointia.”

Vastauksissa kerrotaan potilaiden fysiologisen tasapainon arvioimisesta ja siihen liittyvästä päätöksenteosta. Arvio potilaan voinnista perustuu useista eri lähteistä oleviin tietoihin. Arvioimalla potilaan vointia eri mittareihin perustuen, ottamalla hänestä laboratoriokokeita toimenpiteen edetessä, tarkkailemalla fysiologisen tasapainon ulkoisia merkkejä sekä kysymällä potilaalta itseltään hoitajat saavat arvokasta tietoa potilaan fysiologisesta tasapainosta. Koko leikkaustiimi pidetään ajan tasalla esimerkiksi leikkauksen etenemisen tai leikkausvuodon suhteen.

“Vointia tarkkaillaan iän ja terveydentilan, anestesian ja toimenpiteen vaatimalla laajuudella.”

“Hoitaja tunnistaa eri hätätilanteiden ennakkomerkit/perusmerkit ja osaa toimia sen mukaisesti.”

“Potilaan subjektiivisten tuntemusten kysely.”

“Vitaalielintoimintojen seuranta, niihin reagoiminen ja niistä tiedottaminen salin henkilökunnalle.”

Arvion perusteella hoitajat tekevät päätöksiä hoitotyön toteuttamisesta. Vastauksissa kerrotaan potilaan fysiologisessa tasapainossa tapahtuvien muutosten ennakoinnista. Hoitotyötä toteutetaan ennakoimalla, mutta myös muutoksiin nopeasti reagoimalla.

“Ennakoidaan ja tunnistetaan muutokset elintoiminnoissa ja reagoidaan nopeasti.”

“Peruselintoimintojen turvaaminen ja hoito, muutoksiin reagoiminen.”

Potilaan hoidon tarpeisiin vastataan toteuttamalla arvioon perustuvaa yksilöllistä hoitoa. Potilaan nestetasapainoa arvioidaan ulkoisten merkkien ja diureesin perusteella, lämpötasapainoa seurataan ja lämmityksestä huolehditaan. Happeutumista ja tajunnantaso arvioidaan. Hoitamiseen kuuluu myös reaaliaikainen ja tarkoituksenmukainen voinnin ja toteutetun hoidon kirjaaminen. Näillä hoitotyön toimilla toteutetaan hyvää ja laadukasta potilaan yksilöllistä hoitoa.

“Huolehditaan potilaan lämpötaloudesta, nesteytyksestä ja hapetuksesta. Seurataan diureesia ja tajunnantaso.”

“Nestetasapainon/epätasapainon tunnusmerkit osattava ja hoidettava.”

“Kirjaaminen tärkeää.”

Havainnot hyvästä ja laadukkaasta hoitotyön toteuttamisesta tukevat kirjallisen aineiston tutkimustuloksia useisiin eri menetelmiin perustuvasta, jatkuvasta fysiologisen tasapainon arvioimisesta ja siihen liittyvästä nopeasta päätöksenteosta. Myös havainnot potilaan voinnin tiedottamisesta ja raportoinnista tukevat kirjallisen tutkimusaineiston lopputuloksia. Havainnot hyvän ja laadukkaan hoitotyön toteuttamista estävistä asioista liittyivät potilaiden puutteelliseen esilämmittämiseen, lämmönmittauslaitteen puuttumiseen tai siihen, että lämpöä ei mitattu toimenpiteen aikana.

6.3 Lääkehoito, kipu ja pahoinvointi

Kolmas kysymys koski lääkehoitoa, kipua ja pahoinvointia, tuottaen 107 ajatuskokonaisuutta analysoitavaksi, joista analysoitiin 103. Kysymys 3. oli: “Kuvailkaa, mitä toimintoja LÄÄKEHOITO, KIPU JA PAHOINVINTI sisältävät toteuttaessanne potilaan hyvää ja laadukasta hoitotyötä.” Vastauksissa hoitajat kuvailevat hyvää ja laadukasta hoitotyötä toimintoina, joihin kuuluu valmistelua, toteutusta, vaikutusten arviointia ja jatkuvuuden varmistamista. Lääkehoidon valmisteluun kuuluu lääkärin tekemiin määräyksiin, potilaan esitietoihin ja lääkehoitoa koskeviin ohjeisiin perehtymistä. Hyvää ja laadukasta lääkehoidon toteuttamista kuvailaan oikea-aikaisena, yksilöllisenä ja aseptisena hoitotyönä. Lääkehoidon vaiku-

tuksia ja kipua arvioidaan kipumittaria käyttämällä. Lääkehoidon jatkuvuus varmistetaan kirjaamalla ja raportoimalla. Hyvää ja laadukasta hoitotyön toteuttamista voidaan kuvailla lääkehoidon turvallisena prosessina (Taulukko 6).

Taulukko 6. Hyvä ja laadukas perioperatiivinen hoitotyö lääkehoidon osa-alueella.

Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka	Yläluokka	Yhdistävä luokka
Lääkehoidon toteuttaminen lääkärin antamien ohjeiden mukaan. Potilaiden hoitaminen ajantasaisten ohjeiden ja määräysten mukaan. Kirjallisten, ajantasaisten ohjeiden päivittäminen.	Ajantasaiset ohjeet	Lääkehoidon valmistelu	Turvallinen lääkehoidon prosessi
Potilaan omat lääkkeet kirjattuna vaadittaviin tietojärjestelmiin. Potilastietoihin perehtyminen etukäteen. Esitietojen tarkistaminen.	Ajantasaiset esitiedot		
Lääkkeiden saatavuuden ja lääkehoidon valmiudesta huolehtiminen. Tarkka ja huolellinen lääkehoidon suunnittelu ja valmistelu. Lääkkeiden käyttökunnon varmistaminen.	Huolellinen suunnittelu ja valmisteleminen		
Potilaan voinnin seuranta monitorilta. Potilaan yksilöllisyyden huomioiminen pahoinvoinnin, kivunhoidon ja lääkehoidon osalta. Huomioidaan potilaan esilääkkeen tarve yksilöllisesti. Potilaan tarvitsemien lääkemäärien ja lääkehoidon arvioiminen yksilöllisesti.	Potilaan yksilöllisyys	Lääkehoidon toteutus	
Pahoinvoinnin ennaltaehkäisevä lääkittäminen. Ennakointi kivunhoidossa, oltava askeleen edellä potilaan hoidossa. Lääkehoidon ennakointi ja oikea-aikaisuus.	Ennakointi		
Lääkehoidon aseptiikka. Aseptiikan noudattaminen lääkehoidossa.	Aseptinen työskentely		
Kipumittarin käyttö heräämössä. Yhtenäisten kivunarviointimenetelmien ja -mittareiden käyttäminen. Kivun arvioiminen yhdessä potilaan kanssa. Lääkehoidon vaikutusten kirjaaminen.	Kivun arvioiminen	Lääkehoidon vaikutusten arviointi ja jatkuvuuden varmistaminen	
Määrättyjen lääkehoitojen toteuttaminen ja kirjaaminen. Asianmukainen kirjaaminen tietojärjestelmiin. Tiedonkulku ja tiedottaminen eteenpäin.	Kirjaaminen ja tiedonkulku		

Hyvän ja laadukkaan lääkehoidon toteuttaminen alkaa lääkehoidon valmistelulla. Hoitajat noudattavat aina lääkärin ohjeita ja määräyksiä potilaskohtaisesti, jolloin ohjeiden ja lääkemääräysten on oltava ajantasaiset sekä kirjattuina tietojärjestelmiin. Myös ajantasaiset esitiedot ovat tärkeää tietoa hoitajille. Salin hoitajien tulee tietää jo etukäteen potilaan mahdolliset riskitiedot, kuten allergiat, perussairaudet, menossa oleva lääkehoito, kotilääkitys ja ongelmatilanteet aikaisemmissa anestesoissa, jos hänellä on sellaisia tiedossa. Näin hoitajat voivat varautua jo ennakkoon mahdollisiin riskeihin tai vaaratilanteisiin, mikä edesauttaa turvallisen lääkehoidon toteuttamista koko toimenpiteen ajan. Hoitajat haluavat valmistautua huolellisesti tulevaan anestesiaan ja toimia siten, että anestesiaan tarvittavat lääkkeet ovat valmiina jo ennen kuin potilas otetaan vastaan leikkaussaliin. Näin huolellisella suunnittelulla sekä rauhallisella ja kiireettömällä valmistelulla turvataan potilasturvallisuus lääkehoidon osalta ja minimoidaan lääkkeen antoon liittyvät riskit.

”Riittävä koulutus + perehtyminen lääkkeisiin ja niiden vaikutuksiin”

”Lääkehoito tapahtuu lääkärin ohjeita noudattaen”

”Tietojärjestelmien (Antti, Esko, Lesu) hyvä täyttäminen ja preoperatiivisesti tiedot saatavilla selkeästi tietojärjestelmistä”

”Huomioidaan aikaisemmat lääkitykset, perussairaudet ja anestesia.”

”Tarkka ja huolellinen valmistelu jo etukäteen potilaan tapaukseen perehtyminen ennakkoon, lääkkeet varataan valmiiksi”

Läkehoidon toteutuksessa hoitajat huomioivat potilaan yksilöllisesti, sillä jokainen lääkehoito tapahtuu potilaskohtaisesti hänen esitiedot huomioiden. Toimenpiteen vaatima anestesia läkehoidon osalta on oltava ennakkoimista. Hoitajien on varauduttava äkillisiin tilanteiden muutoksiin, jolloin heidän on osattava ja pysyttävä toimimaan nopeasti eli tekemään nopeita päätöksiä. Tämän vuoksi anestesiapöydässä on oltava erilaisia lääkkeitä ja lääkkeenantoon tarvittavia välineitä helposti saatavilla. Jos tiedetään, että potilas on esimerkiksi herkästi pahoinvoiva, annetaan hänelle jo etukäteen pahoinvointilääkkeet ennen anestesian alkua tai anestesian aikana. Näin minimoidaan potilaan pahoinvointi ja mahdollinen

öksentaminen anestesian jälkeen. Lisäksi hoitajat aloittavat kivunhoidon jo salissa toimenpiteen loppuvaiheessa, jolloin potilas olisi mahdollisimman kivuton niin heräämössä kuin jatkohoito-osastollakin. Hoitajat haluavat olla niin sanotusti askeleen edellä potilaan lääkehoidon ja kivunhoidon toteuttamisessa. Lääkehoidon toteuttamisessa hoitajat noudattavat aseptista työskentelyä, jolloin minimoidaan mahdolliset siihen liittyvät infektioriskit.

”Potilaan huomioiminen yksilöllisesti”

”Kivun ja pahoinvoinnin ennakointi”

”Ennaltaehkäisevä lääkehoito anestesian aikana, puutuneille ennalakoivasti kipulääkettä

”Lääkehoito toteutetaan määräysten ja ohjeiden mukaisesti sekä aseptisesti oikein”

Lääkehoidon vaikutusten arvioimisessa hoitajat toteuttavat kivun arvioimista muun muassa kipumittareiden avulla. Kaikki potilaat eivät välttämättä osaa tai pysty ilmaisemaan kivun tuntemusta realistisesti, jolloin erilaisten kipumittareiden käyttö auttaa hoitajaa määrittelemään potilaan sen hetkisen kivun tuntemuksen. Kipumittareiden käyttö on myös hyvä apuväline potilaan kanssa kommunikoimisessa, erityisesti erityispotilaiden (lapsen, kehitysvammaisen, ulkomaalaisen) kanssa, jolloin yhteistä kieltä ei ole tai puhuminen ei muuten onnistu. Hoitajat arvioivat kivun tuntemusta myös yhdessä potilaan kanssa keskustellen ja potilasmonitoria seuraten. Kivun arvioiminen vaatii hoitajalta työkokemusta ja asiantuntemusta. Lääkehoidon jatkuvuus varmistetaan kirjaamisella ja tiedonkululla. Potilaan toteutunut lääkehoito, sen vaikutukset ja kivun tuntemus (VAS) kirjataan vaadittaviin tietojärjestelmiin sekä raportoidaan niistä eteenpäin jatkohoito-osaston hoitajille. Näin jatkohoito-osastolla pystytään jatkamaan turvallisesti potilaan lääkehoitoa lääkäreiden ohjeiden mukaan.

”Lääkehoidon huolellinen kirjaaminen niihin kuuluviin ohjelmiin, lääkkeenannon jälkeen vasteen seuranta (VAS-mittari)”

”Kivun arviointi haastatteleamalla potilasta, mittauksiin perustuen ym.”

”...yhtenäiset kriteerit kivun arviointiin kaikille”

”Kivunhoidon jatkuvuus ja tiedonkulku”

Hyvä ja laadukas perioperatiivinen lääkehoito on ennakoitua ja hoitajan varautumista mahdollisiin potilasta koskeviin muutoksiin leikkauksen aikana tai heräämössä lääkehoidon osalta. Aina, kun potilaalle annetaan jotain lääkettä, on varauduttava vakaviin ja henkeä uhkaaviin muutoksiin, sillä lääkehoidon toteutukseen sisältyy aina suuria riskejä, joihin hoitajat eivät voi aina ennakkoon varautua.

Havaintojen perusteella voidaan todeta, että anestesiahoitajia ohjeistettiin hyvin lääkehoidon toteuttamisesta. Havainnot tukevat myös ennakoivan kivunhoidon toteuttamista. Hyvät tilat ja valaistus edesauttavat lääkehoidon turvallista ja huolellista valmistelemista. Havainnot, jotka estivät hyvän ja laadukkaan lääkehoidon toteuttamista olivat vaillinaisesti täytetyt tiedot potilastietojärjestelmän lääkehoitosiossa. Anestesiapöydän sisällössä oli puutteita, jolloin täydennystä jouduttiin hakemaan tai pyytämään muita tuomaan. Pahoinvointia ei voitu hoitaa ripeästi, sillä anestesia lääkäriin kirjalliset määräykset pahoinvointilääkkeistä puuttuivat.

6.4 Aseptiikka

Neljäs kysymys koski perioperatiivisen hoitotyön aseptiikka osa-aluetta. 138 ajatuskokonaisuudesta analysoitiin 110 (Taulukko 7). Kysymys 4 oli: ”Kuvaillkaa, mitä toimintoja ASEPTIIKKA sisältää toteuttaessanne potilaan hyvää ja laadukasta hoitotyötä.” Hoitajat kuvailevat hoitotyön toteuttamista kolmen ulottuvuuden avulla: aseptisen toiminnan edellytysten, työskentelyä ohjaavien sääntöjen sekä omassa työssä toimimisen kautta. Hyvää ja laadukasta hoitotyötä toteutetaan muun muassa huolehtimalla riittävästä osaamisen tasosta, huomioimalla potilaan erityiset hoidon tarpeet aseptiikan suhteen, varustelemalla leikkaussalit asianmukaisesti leikkauksen aikaisen liikenteen vähentämiseksi sekä toimimalla aseptisten työskentelytapojen ja omantunnon mukaan. Spesifimpää, oman työn kautta toteutettavaa hoitotyötä kuvaillaan suojavälineiden ja käsihuuhteen käyttämisellä, instrumenttien, lääkkeiden ja nesteiden aseptisena käsittelyllä, leikkausalueen desinfektiossa ja rajaamisessa aseptisesti toimimisena, sekä haavan aseptisena käsittelyllä. Hoitotyön toimintoja aseptiikka -osa-alueella yhdistää aseptiikan toiminnan varmistaminen ja toteuttaminen.

Taulukko 7. Hyvä ja laadukas perioperatiivinen hoitotyö perioperatiivisen hoidon aseptiikka osa-alueella.

Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka	Pääloukka	Yhdistävä luokka
Eristystilanteissa toimiminen osataan. Osaaminen eri puhtausasteiden leikkauksissa. Toiminta aseptiikan pettäessä.	Osaaminen	Edellytyksiä aseptisen toiminnan toteutumiselle	Aseptiikan varmistaminen ja toteuttaminen
Antibiootin tarve tarkistetaan ja oikea-aikaisuus. Valmisteluissa huomioidaan potilaan puhkaus. Tiedetään etukäteen tarttuvista taudeista. Tarkoituksenmukaisen haavasidoksen valinta.	Potilaan yksilöllisyyden ja erityisyyden huomioiminen		
Henkilökunta työskentelee terveinä. Salijärjestyksen vaikutukset. Aseptisen toiminnan tarkkailu ja toiminnan korjaaminen.	Aseptinen omatunto ja työskentelytapa	Yleisiä sääntöjä sekä työskentelyä ohjaavia tekijöitä	
Ei liikaa henkilökuntaa. Leikkaussalin varustelu etukäteen. Salin sisällä turha liikkuminen ja höpöttäminen vähemmäksi.	Saliliikenne		
Vain ne tarvikkeet otetaan mitä käytetään. Päivämäärien tarkistaminen. IV-kanyyliä aseptinen käsitteleminen. Pakkausten ja tarvikkeiden aseptinen käsitteleminen.	Instrumenttien, lääkkeiden ja nesteiden käsitteleminen	Aseptinen toiminta omassa työssä	
Leikkausalueen pesussa aseptinen työjärjestys. Sopiva pesuaine potilaalle. Leikkausalueen riittävä rajaaminen. Peittelyissä huomioidaan ihon kunto.	Leikkausalueen desinfektio ja rajaaminen		
Tarvittavat ja tilanteenmukaiset suojavarusteet. Hiukset piiloon. Maskien käyttäminen leikkauksen aikana.	Suojavälineiden käyttäminen		
Käsihuuhteen runsas käyttäminen. Huolellinen käsihygienia korostuu.	Käsihygienia		
Haavasidoksen aseptinen käsittely heräämössä. Haava-alueen steriilinä pitäminen.	Haavan käsitteleminen		

Hoitajat kuvailevat vastauksissaan edellytyksiä hyvän ja laadukkaan hoidon toteuttamiselle. Hyvän ja laadukkaan hoitotyön toteuttaminen edellyttää potilaiden yksilöllisten hoidon tarpeiden arvioimista ja niiden tunnistamista. Potilaiden hoidon tarpeista tehdään arvio esitetietojen perusteella. Esimerkiksi tarttuvista ja eristystoimenpiteitä edellyttävistä taudeista tulisi olla tieto hyvissä ajoin, jotta hoitajat pystyvät toimimaan aseptisesti oikein. Antibioottiprofylaksian tarve varmistetaan potilaskohtaisesti. Sen toivotaan myös löytyvän leikkaussuunnitelmasta, jotta se ehditään antamaan oikea-aikaisesti. Potilaan vastaanottotilanteessa hänen

ihonsa kunto ja puhtaus vielä arvioidaan, jotta voidaan suunnitella ja toteuttaa potilaan tarpeita vastaavaa hoitotyötä aseptiikan osa-alueella. Hyvän ja laadukkaan hoitotyön toteuttaminen edellyttää hoitajilta riittävää perehtymistä ja osaamista eri puhtausluokkien toimenpiteisiin, myös eristysleikkauksissa toimimiseen. Hoitajan tulee myös tietää miten toimia aseptiikan pettäessä. Myös haavasidoksen valinta tehdään toimenpiteen ja toimenpidealueen perusteella. Haava-alueen aseptinen käsitteleminen ja haavan steriilinä pitäminen edellyttävät tarkoituksenmukaisen haavasidoksen valintaa.

“Osaa toimia eri puhtausluokan toimenpiteissä.”

“Tiedetään etukäteen potilaan tarttuvista taudeista.”

“Potilaasta johtuvien erityisvaatimusten huomioiminen.”

“Antibioottiprofylaksia annetaan ajoissa.”

“Ihon kunto tarkastetaan vastaanottaessa potilasta.”

“Haavamateriaalin valinta (haavan sijainti ja vuodon määrä).”

Aseptinen omatunto, työskentelytapa sekä saliliikenne ovat tekijöitä, joiden avulla hoitajat kuvailevat yleisellä tasolla työskentelyä ohjaavia tekijöitä ja sääntöjä. Hyvän ja laadukkaan hoitotyön toteuttaminen perustuu siihen, että henkilökunta työskentelee terveisin. Päivän aikana tehtävät leikkaukset suunnitellaan leikkaussaleihin puhtausluokituksen mukaisessa järjestyksessä. Toimenpide valmistellaan siten, että sen aikana kaikki tarpeellinen olisi käden ulottuvilla, eikä leikkaussalin ovia tarvitsisi aukoa. Toisaalta vastauksissa kerrotaan, että aseptiikkaa toteutetaan myös varaamalla leikkaussaliin ainoastaan siinä varmasti tarvittavat välineet, eikä mitään ylimääräistä. Leikkaussalin ovien avaaminen, henkilökunnan määrä leikkaussalissa ja salin sisäinen liikehdintä pyritään minimoimaan. Hyvän ja laadukkaan hoitotyön toteuttamiseen kuuluu myös, että aseptista toimintaa tarkkaillaan koko ajan ja siihen myös tarvittaessa puututaan. Hoitajat kirjoittavat aseptisesta omastatunnosta, minkä mukaan työtä tehdään ja aseptiikkaa toteutetaan.

“Henkilökunta terveenä työhön.”

“Ennakoidaan tavaroita kerätessä saliin, ettei tarvi ravata edestakaisin.”

“Salihenkilöstön liikehdintä salissa ja salin ovista kulkeminen toimenpiteen aikana.”

“Tarkkailee myös muiden salissa olijoiden aseptista toimintaa ja tarvittaessa puuttuu siihen puutteita havaitessa.”

“Aseptinen omatunto ohjaa toimintaa.”

Tarkemmin eriteltyyn toimintaan aseptiikan osa-alueella liittyy käsihygienian toteuttamista, instrumenttien, tarvikkeiden, lääkkeiden, nesteiden ja kanyylien aseptista käsittelyä, leikkausalueen desinfektioon ja rajaamiseen liittyviä toimintoja, sekä suojavälineiden asianmukaista käyttämistä ja haavojen steriiliä käsittelyä. Käsihuuhteen käyttäminen toistuu hoitajien vastauksissa. Sen voidaan sanoa olevan tässä opinnäytetyössä eniten mainittu tapa toteuttaa hyvää ja laadukasta hoitotyötä aseptiikan osa-alueella. Steriileistä instrumenteista ja tarvikkeista tarkistetaan päiväykset. Instrumentit ja tarvikkeet avataan ja käsitellään niitä niin, että ne pysyvät steriileinä. Leikkausalueen desinfektiossa noudatetaan aseptista järjestystä ja erilaiset pesutekniikat hallitaan. Leikkausalue rajataan tarkoituksenmukaisesti, potilaan ihon kunto ja puhtaus huomioiden. Leikkauksen aikana vaihdetaan tarvittaessa steriilejä hanskoja. Kaikki leikkaussalissa olijat käyttävät asianmukaisia suojavälineitä potilaan, mutta myös itsensä ja muiden potilaiden suojaamiseksi. Verisuonikanyyleja, lääkkeitä ja infuusionesteitä käsitellään aseptisesti. Haavalle valitaan tarkoituksenmukainen sidos, vuotomäärän ja toimenpidealueen mukaan. Heräämössä sidosta voidaan vahvistaa tai se tarvittaessa vaihdetaan steriilisti. Haava-aluetta käsitellään niin, että se pysyy steriilinä.

“Käsihuuhteen runsas käyttö.”

“Aukaistaan instrumentit ja muut steriilit pakkaukset oikeassa järjestyksessä aseptiikkaa noudattaen.”

“Aseptinen työjärjestys desinfioinnissa, pesuissa.”

“Tarvittavat ja tilanteen vaatimat suojavarusteet potilaan, työkaverin ja itsensä suojaamiseksi.”

“Haava-alueen steriilinä pitäminen.”

Havainnot aseptiikan toteuttamisesta perioperatiivisessa hoitotyössä vahvistavat kirjallisen tutkimusaineiston tuloksia. Käsihuuhdetta käytetään runsaasti, steriilejä hanskoja vaihdetaan tarvittaessa leikkauksen aikana, haava-aluetta tarkkailaan ja käsitellään aseptisesti niin leikkaussalissa kuin heräämössäkin. Steriilin ympäristön luomisessa ja sen ylläpitämisessä ollaan tarkkoja. Leikkaussalissa aseptista toimintaa tarkkaillaan ja siihen tarvittaessa puututaan. Havainnot leikkauksen aikana salissa olevasta ihmismäärästä, liikehdintä salissa ja salin ovien aukominen sopivien hoitovälineiden ja -tarvikkeiden hakemiseksi eivät vahvista kirjallisen tutkimusaineiston tuloksia.

6.5 Aktiviteetti/lepo, liikkuminen ja asento

Viides kysymys koski aktiviteettia/lepoa, liikkumista ja asentoa, tuottaen 104 ajatuskokonaisuutta analysoitavaksi, joista analysoitiin 87. Kysymys 5. oli: “Kuvailkaa, mitä toimintoja AKTIVITEETTI/LEPO, LIIKKUMINEN JA ASENTO sisältävät toteuttaessanne potilaan hyvää ja laadukasta hoitotyötä.” Vastauksissa hoitajat kuvailevat hyvää ja laadukasta hoitotyötä kahden eri teeman, potilaan yksilöllisyyden huomioimisen ja potilaan turvallisuudesta huolehtimisen, kautta. Nämä teemat ilmenevät vastauksissa hoitotyön toimintoina, jotka liittyvät potilaan liike- ja aistirajoitusten huomioimiseen, potilaan omatoimisuuden huomioimiseen, rauhallisen hoitoympäristön luomiseen, sekä hermovaurioiden, painehaavojen syntymisen ja putoamisten ehkäisemiseen. Näitä teemoja yhdistää potilaiden yksiköllisen voinnin ja turvallisuuden varmistaminen (Taulukko 8).

Taulukko 8. Hyvä ja laadukas perioperatiivinen hoitotyö aktiviteetti/lepo, liikunta ja asento osa-alueella.

Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka	Yläluokka	Yhdistävä luokka
Leikkausasennon laittaminen, leikkausasennon muutokset ja potilassiirrot liikerajoitusten ja yksilölliset ominaisuudet huomioiden. Potilaan liikuntakyvyn huomioiminen, potilaan aistirajoitusten huomioiminen. Potilaan liikerajoitusten kirjaaminen ja turvallisuudesta huolehtiminen liikkeussa/siirtymisissä.	Potilaan liike- ja aistirajoitusten huomioiminen	Potilaan yksilöllisyyden huomioiminen	Potilaan yksilöllisen voimien ja turvallisuuden varmistaminen
Kuntouttavan työotteen käyttäminen. Potilaan kannustaminen liikkumiseen, potilaan aktivointi ja, motivointi sekä potilasohjaus. Potilaan omatoimisuuden huomioiminen.	Potilaan omatoimisuuden huomioiminen		
Levon tarpeen tunnistaminen, levon mahdollistaminen ja rauhallisen ympäristön luominen. Työskentelyrauha potilaan opastamiseen.	Rauhallisen hoitoympäristön luominen		
Hermovaurioiden minimoiminen leikkausasunnoissa. Optimaalisen leikkausasennon laittaminen ja ääriasentojen välttäminen Hyvän ja turvallisen leikkausasennon laittaminen potilaan yksilölliset tarpeet huomioiden. Potilaan leikkausasennon tarkkaileminen/tarkistaminen toimenpiteen aikana.	Hermovaurioiden ehkäisy	Potilaan turvallisuudesta huolehtiminen	
Riittävien pehmusteiden huomioiminen Avustaminen liikkumisessa ja asennon muuttamisessa heräämössä. Potilaan raajojen liikuttaminen pitkissä leikkauksissa, potilaan puolesta liikuttaminen.	Painehaavojen syntymisen ehkäisy		
Oikeanlaisten tukien käyttö. Potilasturvallisuus leikkausasunnoissa ja siirroissa apuvälineitä käyttäen.	Putoamisen ehkäisy		

Potilaiden yksilölliset hoidon tarpeet heidän aisti- ja liikerajoitustensa sekä heidän omatoimisuuden ja rauhallisen hoitoympäristönsä suhteen arvioidaan ja otetaan huomioon hoitotyötä toteuttaessa. Hoitotyötä toteutetaan kuntouttavalla työotteella kannustamalla potilaita omatoimisuuteen liikkumisissa ja siirtymisissä. Omatoimisuuteen kannustetaan liikkumisessa auttamalla, ei puolesta tekemällä. Toimimalla näin hoitajat kuvailevat vähentävänsä potilaiden riskiä passivoitua. Leikkausasento valmistellaan liikerajoitukset huomioiden. Hoitajat auttavat potilasta leikkausasentoon sopivilla tuilla ja pehmusteilla. Potilaille luodaan heidän yksilöllisiä tarpeitaan vastaava rauhallinen hoitoympäristö. Hoitajat arvioivat potilaiden

levon tarvetta kysymällä heidän toiveitaan. Mahdollisuutta lepoon huolehditaan toimenpiteen aikana ja heräämössä esimerkiksi sopivalla valaistuksella.

”Huomioidaan potilaan yksilölliset ominaisuudet, aistirajoitukset, huomioidaan normaalit liikeradat ja liikerajoitukset”

”Annetaan potilaan osallistua hoitoon ja liikkua sen mitä pystyy.”

”Ei tehdä potilaan puolesta sellaista, minkä hän voi turvallisesti ja itseään vaarantamatta tehdä= kuntouttava työote.”

”Rauhallinen ympäristö, ei kirkkaita valoja, hiljaisuus.”

”Tarvittaessa järjestää mahdollisuus rauhalliseen lepoon.”

Potilaan turvallisuudesta huolehditaan ehkäisemällä hermovaurioiden ja painehaavojen syntymistä sekä putoamista. Hermovaurioiden syntymistä ehkäistään välttämällä ääriasentoja ja tarkkailemalla potilaan leikkausasentoa toimenpiteen aikana. Hoitajat käyttävät leikkausasennon laitossa pehmusteita, erilaisia tukityynyjä ja muita tukia potilaan liikerajoitukset huomioiden. Painehaavojen syntymistä ehkäistään liikuttelemalla potilasta leikkauksen aikana ja heräämössä sekä käyttämällä riittäviä pehmusteita. Kaatumisia ja putoamisia leikkaustasolta ja sängyltä ehkäistään auttamalla potilaita liikkumisessa, asennonvaihdoissa ja käyttämällä asianmukaisia tukia. Turvallisuus huomioidaan potilaan liikkumisessa tai liikuttelussa, leikkausasennon laitossa, sen ylläpitämisessä ja siirtolanteissa. Hyvää ja laadukasta hoitotyötä toteutetaan huomioimalla potilaan asentohoito sekä heräämössä että toimenpiteen aikana. Heräämössä hoitajat auttavat puutuneita potilaita asennon vaihdoissa ja raajojen liikuttelussa.

”Asennon laitossa huomioidaan hermovaurioiden ja painehaavojen ehkäisy”

”Potilassiirtojen toteuttaminen turvallisesti, vältetään asentovirheitä= potilasturvallisuus”

”Levottoman potilaan putoamisriski huomioidaan”

”Pitkissä leikkauksissa huomioidaan asentohoito ja raajojen liikuttelu”

”Heräämössä asennon muuttamiset, jos potilas ei itse pysty liikkumaan”

Havainnoinnin perusteella salin tiimityöskentely, yhteistyö ja riittävä kommunikaatio tiimin sisällä edesauttavat turvallisen leikkausasennon laitton ja sen ylläpitämisen koko leikkauksen ajan. Salissa ja heräämössä potilas on keskiössä eli potilaalle annetaan hänen tarvitsemansa aika esimerkiksi liikkumiseen tai siirtymiseen sekä mahdollisuus osallistua omaan hoitoonsa mahdollisuuksien mukaan. Lisäksi hoitajien luoma kannustava ja tukeva ilmapiiri potilaan saapuessa saliin edistää hänen liikkumistaan ja kuntouttavaa hoitotyötä. Hoitajat huolehtivat potilasturvallisuudesta siten, että potilasta ei jätetä yksin esimerkiksi leikkaustasolle ilman tukien laittoa, jolloin minimoidaan potilaan putoamisriski. Hyvä ja riittävä perehdytys sekä riittävä ohjeistus uusille työntekijöille edesauttavat potilaan turvallisuutta leikkausasennon osalta. Havainnot, jotka estivät hyvä ja laadukkaan hoidon toteutumisen ovat salissa tai heräämössä vallitseva yleinen melu ja hälinä, jolloin rauhallisen ympäristön luominen potilaalle on haastavaa. Lisäksi heräämön ahtaat tilat tuovat haasteita rauhallisen ympäristön ja levon luomiselle potilaille, sillä potilaat ovat hyvin lähekkäin toisiaan. Tämä vaikuttaa siihen, että potilaan ympärillä vallitsee rauhattomuus etenkin silloin, kun potilaita on useampia heräämössä yhtä aikaa. Myös potilassiirroissa ei aina ole riittävästi henkilökuntaa saatavilla tai apuvälineitä ei käytetä, jolloin sekä potilaan että hoitajan turvallisuus vaarantuu.

6.6 Tuki, ohjaus ja jatkohoito sekä näytteet ja tutkimukset

Kuudes kysymys koski perioperatiivista tukea, ohjausta ja jatkohoitoa sekä näytteitä ja tutkimuksia, tuottaen 88 ajatuskokonaisuutta, joista analysoitiin 78. Kysymys 6. oli: ”Kuvailkaa, mitä toimintoja TUKI, OHJAUS JA JATKOHOITO SEKÄ NÄYTTEET JA TUTKIMUKSET sisältävät toteuttaessanne potilaan hyvää ja laadukasta hoitotyötä.” Vastauksissa hoitajat kuvailevat hyvän ja laadukkaan hoitotyön toteuttamista potilaskeskeisyyden ja hoidon jatkuvuuden turvaamisen kautta. Nämä teemat ilmenevät vastauksissa hoitotyön toimintoina, jotka liittyvät henkisen hyvinvoinnin huomioimiseen, tukemiseen ja ohjaamiseen, potilaan tiedonsaantiin, turvallisen ympäristön luomiseen, jatkohoito-ohjeiden kirjaamiseen

ja raportointiin sekä näytteiden ottamiseen ja käsittelyyn. Näitä hoitotyön toimintoja yhdistää potilaalle läsnä oleminen ja hoidon jatkuvuuden turvaaminen (Taulukko 9).

Taulukko 9. Hyvä ja laadukas perioperatiivinen hoitotyö tuki, ohjaus ja jatkohoito sekä näytteet ja tutkimukset -osa-alueella.

Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka	Yläluokka	Yhdistävä luokka
Potilaan henkinen tukeminen, keskusteleminen, kuunteleminen, kannustaminen ja ohjaaminen. Potilaan rauhattomuuden, sekavuuden ja pelokkuuden kohtaaminen. Potilaalle turvallisuuden tunteen ja luottamuksen luominen. Potilaan tukemisen ja ohjauksen korostuminen heräämöhoidossa.	Henkisen hyvinvoinnin huomioiminen, tukeminen ja ohjaaminen	Potilaskeskeisyys	Potilaalle läsnä oleminen ja hoidon jatkuvuuden turvaaminen
Potilaan pitäminen ajan tasalla ja riittävän tiedon antaminen saamastaan hoidosta. Potilaan toiveiden mukainen informaatio toimenpiteestä ja sen vaiheista. Kerrotaan potilaalle leikkauspäivän tapahtumista.	Potilaan tiedonsaanti		
Rauhallisen ja turvallisen ympäristön luominen potilaalle. Myönteisen leikkauskokemuksen syntymisen tukeminen. Riittävän henkilökuntamäärän takaaminen myös hyväkuntoisten potilaiden huomioimiseksi heräämössä.	Turvallisen ympäristön luominen		
Jatkohoito-ohjeiden tarkka kirjaaminen. Potilaan ohjeistaminen ja tiedottaminen jatkohoito-ohjeista. Jatkohoito-ohjeiden varmistaminen ja kirjaaminen. Kirurgin antamien leikkaukseen liittyvien jatkohoito-ohjeiden tiedottaminen potilasta hoitavalle osastolle. Jatkohoitopaikkaan tiedottaminen potilaan hoitoon liittyvistä asioista"	Jatkohoito-ohjeiden kirjaaminen ja raportointi	Hoidon jatkuvuuden turvaaminen	
Näytteiden oikeanlainen käsittely ajantasaisen ohjeiden mukaan. Perehdyttäminen näytteiden oikeanlaiseen käsittelyyn. Näytteiden toimittaminen eteenpäin. Näytteiden huolellinen merkitseminen ja kirjaaminen. Tarkistuslistan käyminen läpi ja siihen kirjaaminen myös näytteiden osalta. Lähetteiden tekeminen näytteille.	Näytteiden ottaminen ja käsittely		

Potilaiden henkistä hyvinvointia huomioidaan ja tuetaan kuuntelemalla ja keskustelemalla, kannustamalla ja ohjaamalla. Potilaan pelokkuus, rauhattomuus tai sekavuus kohdataan ja hänelle luodaan tunne turvallisuudesta ja luottamuksesta. Vastaajien mukaan potilaan tukeminen ja ohjaaminen korostuu heräämöhoidossa. Jokainen potilas on erilainen ja ainutlaatuinen yksilö, jolloin kommunikatio, tuen ja ohjauksen tarve ovat myös yksilöllistä ja potilaskohtaista. Potilaan henkinen taso ja ikä huomioidaan tuen ja ohjauksen annossa. Hoitajat informoivat, tiedottavat ja pitävät potilaan ajan tasalla niin leikkauksen aikana kuin leikkauksen jälkeen. Hoitajat kertovat potilaalle esimerkiksi leikkauksen etenemisestä ja tiedottavat häntä mahdollisista muutoksista. Hoitajat luovat potilaalle myönteisen leikkauskokemuksen sekä turvallisen leikkausympäristön, jolloin potilas voi luottaa ammattitaitoiseen henkilökuntaan.

”Yksilöllinen huomiointi, potilaan toiveiden huomioiminen mahdollisuuksien mukaan”

”Turvallisuuden tunteen luominen esim. keskustelemalla, kuuntelemalla, fyysinen läsnäolo ja henkinen tuki”

”Potilasta ohjataan ja neuvotaan ottaen huomioon ikä, kehitys, orientaatio ja perussairaudet”

”Heräämöhoidossa korostuu potilaan tukeminen ja ohjaus”

”Potilaan tiedonsaanti ja ajan tasalla pitäminen”

”Luodaan turvallinen ja rauhallinen ympäristö, luodaan potilaalle turvallinen olo”

Potilaan hoidon jatkuvuus turvataan jatkohoito-ohjeiden kirjaamisella ja raportoimalla niistä eteenpäin jatkohoito-osastolle. Tällöin vältetään se riski, että olennainen tieto potilaan hoidosta katoaa tai häviää, eikä saavuta jatkohoito-osaston henkilökuntaa. Selkeät jatkohoito-ohjeet, yhteistyö ja kommunikatio kirurgien ja muiden osaston hoitajien kanssa ovat tärkeitä asioita, jotta potilas saa parhaan mahdollisen hoidon koko perioperatiivisen hoitoketjun ajan.

”Jatkohoito-ohjeet salissa kirurgilta-> tieto jatkohoito-osastolle”

”Huolehtii, että jatkohoito-ohjeet löytyvät tietojärjestelmästä”

”Riittävä raportointi heräämössä/osastolle”

”Tarvittaessa ohjataan jatkohoitoasioita ja kirjataan ne ylös”

Hoidon jatkuvuus turvataan myös näytteiden ottamista ja käsittelyä koskevilla ohjeilla. Valvova hoitaja huolehtii mahdollisesti leikkauksen aikana otetuista näytteistä, niiden asiallisesta ja oikeanlaisesta käsittelystä sekä eteenpäin toimittamisesta. Valvova hoitaja huolehtii siitä, että näytteet ovat kirjattu tai merkitty oikein, tietyssä aikajärjestyksessä sekä merkitty oikealle potilaalle ennen niiden eteenpäin toimittamista. Anestesiahoitaja huolehtii erilaisten laboratoriokokeiden ottamisesta, niiden kirjaamisesta ja läheteiden tekemisestä sekä niiden toimittamisesta eteenpäin oikeaan paikkaan. Hyvä perehdytys ja ajantasaiset ohjeet takaavat näytteiden tai tutkimusten käsittelemisen oikein ja tieto siitä, mihin ne kuuluvat viedä edesauttavat hoitajien tietämystä ja ammattitaitoa. Näin turvataan myös potilaan hoidon jatkuvuus näytteiden osalta.

”Näytteiden oikeanlainen ja asianmukainen käsittely->hyvät ohjeet ja perehdytys”

”Näytteiden huolellinen merkitseminen”

”Näytteet kirjataan ja toimitetaan salista pois”

”Näytteiden tilaaminen ja niistä huolehtiminen. Näytteet viedään oikeisiin paikkoihin”

Havainnoinnin perusteella hoitajan hyvä perehdytys edesauttaa näytteiden ottoa ja niiden käsittelyä oikein ja turvallisesti. Myös näytteenottokori helpottaa hoitajan työtä eli kaikki tarvittava välineistö ja ohjekansiot näytteidenottoon ovat samassa paikassa. Jokaviikkoinen hoitohenkilökunnan tiedottaminen erilaisista muutoksista viikkotiedotteessa ja aamupalavereissa helpottaa muuttuvan tiedon viemistä eteenpäin toisille hoitajille. Potilaan jatkohoito-ohjeista annetaan kirjallinen ja suullinen raportti sekä heräämön että jatkohoitopaikan hoitajille, jolloin varmistetaan potilaan hoidon jatkuvuus riittävän tiedon osalta. Potilaiden huomioiminen ja tukeminen yksilöllisesti myös henkisen hyvinvoinnin kannalta, potilaan pitäminen ajan tasalla hoitotilanteessa ja hoitajien hyvät sosiaaliset taidot edesauttavat luomaan hyvää ja laadukasta hoitotyötä. Havainnoinnin mukaan hyvän ja laadukkaan hoidon toteutumista estäviä tekijöitä ovat se, että näytteitä ja tutkimuksia

koskevista muutoksista ei tiedoteta riittävästi tai tieto ei saavuta kaikkia hoitajia. Myös yhteistyö ja tiedonkulku vuodeosaston, laboratorion ja patologian välillä ei aina toimi. Lisäksi heräämössä tietyt potilaat, kuten pahoinvoivat, kipeät, levottomat tai lapsipotilaat kuormittavat enemmän heräämössä työskenteleviä hoitajia, jolloin muut niin sanotusti parempikuntoiset potilaat jäävät vähemmälle huomiolle ja hoidolle.

6.7 Johtopäätökset

Hyvää ja laadukasta perioperatiivista hoitotyötä L-PKS:n leikkaus ja anestesia-osastolla kuvaillaan hyvin moniulotteisesti perioperatiivisen hoitotyön eri osa-alueilla. Perioperatiivisen hoitotyön suunnittelu ja järjestäminen- osa-alueella hyvää ja laadukasta hoitotyötä toteutettiin huolellisella valmistautumisella, mihin kuului välineistön varaamista, laitteiden toimintakunnon varmistamista, potilaan tietoihin sekä erilaisiin ohjeisiin perehtymistä. Hoitajat aloittivat työnsä suunnittelun heti, saadessaan tiedon kuka seuraavaksi leikataan. Hoitotyötä suunniteltiin yhteistyönä potilaasta ja toimenpiteestä käytettävissä olevien tietojen perusteella. Potilas huomioitiin ottamalla hänet rauhallisesti vastaan leikkaussaliin ja kertomalla hänelle tapahtumien kulusta. Leikkaussalin varustelu, esitietojen ja leikkaukseen liittyvien tietojen saatavuus sekä yhteistyö- ja kommunikaatiotaidot vaikuttivat perioperatiivisen hoitotyön suunnitteluun ja järjestämiseen.

Perioperatiivisen hoitotyön tehtävä on ennaltaehkäistä ongelmia ja varmistaa potilasturvallisuus kaikissa sen vaiheissa (Alfredsdottir & Bjornsdottir 2007, 29; Rauta ym. 2013, 1392, 1396). Se on luonteeltaan näkymätöntä ja vaikeasti mitattavaa ja hoitajat voivat kokea vaikeaksi kuvailla sitä hoitotyön toimintoina (Junttila ym. 2005, 461-462). Hoitotyön toimintaa ohjaa eri motiivit, joista yksi on luoda tilanteeseen sopiva, luottamukseen perustuva suhde potilaan kanssa (Kolvered ym. 2012). Potilaiden selviytymisvoimavaroja voidaan tukea tarjoamalla riittävästi tietoa tulevasta hoidosta ja kuuntelemalla potilasta. Näin voidaan lievittää potilaiden huolenaiheita ennen leikkausta. (Rauta ym. 2013, 1392, 1396.) Myös hylätyiksi joutumisen kokemukset vähenevät potilaiden saadessa hoitajilta riittävästi psykologista tukea (Karhe 2017, 21-23). Kunnioittava ja arvostava kohtelu ovat potilaiden itsensä kokemia tarpeita perioperatiivisen hoitoprosessinsa ai-

kana (Davis ym. 2014, 119). Perioperatiivista hoitotyötä voidaan kuvailla yhdistelmänä teknologista osaamista ja potilaskeskeistä eettistä hoitotyötä (Silvennoinen ym. 2012, 23).

Johtopäätöksenä perioperatiivisen hoitotyön suunnittelusta ja järjestämisestä voidaan esittää, että hyvä ja laadukas perioperatiivinen hoitotyö L-PKS:n leikkaus- ja anestesiaosastolla on yksilöllisen ja turvallisen perioperatiivisen hoidon järjestämistä, minkä perusedellytyksiä ovat riittävien esitietojen saatavuus, työrauha, hoitajien osaaminen sekä vuorovaikutus- ja kommunikaatiotaidot. Perioperatiivista hoitoa suunnitellaan ja potilaan tietoihin perehdytään rauhassa potilasturvallisuuden varmistamiseksi. Hoitajilla on käytettävissään ajantasaiset ja riittävät potilaaseen sekä hänelle suunniteltuun toimenpiteeseen liittyvät tiedot, joiden perusteella leikkausta ja anestesiaa valmistellaan mahdollisimman pitkälle. Henkilökunta on saanut tehtäviinsä hyvän perehdytyksen ja osaamista varmistetaan ajantasaisin ohjein. Potilas vastaanotetaan rauhallisesti leikkaussaliin, missä hänen kanssaan käydään läpi leikkaustiimin tarkistuslista ja kerrotaan tapahtumien kulusta.

Tutkimustulokset perioperatiivisen hoitotyön fysiologinen tasapaino -osa-alueella osoittivat hoitajien toteuttavan hyvää ja laadukasta hoitotyötä muun muassa etukäteen varautumalla ja olemalla koko ajan tilanteen tasalla. Potilaan fysiologista tasapainoa tarkkailtiin ja arvioitiin ulkoisten merkkien perusteella, eri mittareihin perustuen ja kysymällä potilaalta itseltään. Hyvän ja laadukkaan perioperatiivisen hoitotyön luonne oli ennakoivaa. Fysiologisen tasapainon muutoksiin voitiin varautua esimerkiksi nesteyttämällä potilasta ennalta tai varautumalla vaikeaan intubaatioon asianmukaisilla välineillä. Muutoksia tai ongelmia potilaan elintoiminoissa tunnistettiin hyvissä ajoin. Hyvää ja laadukasta hoitotyötä kuvailtiin potilaan fysiologisen tasapainon ja elintoimintojen arvioimiseksi ja niiden perusteella valittujen yksilöllisten hoitotoimien toteuttamiseksi.

Potilasturvallisuuden kannalta oleellista on potilaan voinnin jatkuva tarkkaileminen, mikä sisältää sekä monitorointia että potilaan voinnin arvioimista. Sen avulla voidaan ennakoida muutoksia ja tunnistaa merkkejä varhaisessa vaiheessa potilaan voinnissa. (Alastalo, Salminen, Lakanmaa & Leino-Kilpi 2017, 1-2.) Perioperatiivista hoitotyötä voidaan kuvailla potilaan fysiologisessa tasapainossa tapahtuneiden muutosten kautta. Perioperatiivisen hoitotyön kirjaamisessa korostuu

potilaan fysiologisten toimintojen, kuten verenkierron ja hengityksen tarkkailu ja turvaaminen. (Rauta ym. 2013, 1391; Rauta ym. 2015, 3.) Perioperatiivisessa hoitotyössä tarvitaan spesifiä tietoa ihmisestä, päätöksentekokykyä ja nopeaa reagoimista äkillisissä tilanteissa (Lukkari ym. 2014, 12). Hoitajat joutuvat toimi-
maan potilaan peruselintoiminnoista huolehtivien laitteiden ja koneiden kanssa ja tekemään päätöksiä potilaan puolesta (Haho 2006, 133). Potilaalle hyvän teke-
minen ja hänen puolestaan toimiminen korostuvat (Sundqvist ym. 2016, 423). Perioperatiiviset hoitajat ovat itse arvioineet ammattipätevyytensä ongelmien en-
nakoimisessa, voinnin monipuolisessa tarkkailussa ja tilanteenmukaisessa toi-
minnassa erittäin hyväksi, mutta viralliset arviointimenetelmät puuttuvat (Silven-
noinen ym. 2012, 29-30; Jeon ym. 2016, 14). (Tengvall 2010, 14; Rauta ym. 2013, 1391 & Rauta ym. 2015, 3.)

Johtopäätöksenä todetaan, että hyvä ja laadukas perioperatiivinen hoitotyö L-
PKS:n leikkaus- ja anestesiaosastolla on ennakoivaa potilaan voinnin ja elintoi-
mintojen tarkkailemista ja niissä tapahtuvien muutosten havaitsemista. Potilaan
fysiologiseen statukseen perehdytään etukäteen, jolloin mahdollisiin ongelmiin ja
muutoksiin on ollut mahdollista varautua etukäteen. Potilaan tarkkailu ja hoito
vastaavat hänen kuntoaan ja yksilöllisiä tarpeitaan. Potilaan voinnista huolehdi-
taan monin eri tavoin. Arviot potilaan voinnista sekä hänen saamansa hoito kirja-
taan tietojärjestelmiin. Koko leikkaustiimi pidetään ajan tasalla potilaan voinnista.

Tutkimustulosten mukaan hyvää ja laadukasta perioperatiivista hoitotyötä lääke-
hoidon osa-alueella toteutettiin huolellisella suunnittelulla ja valmisteluilla. Lääke-
hoitoa suunniteltiin potilaan ajantasaisiin tietoihin, lääkärin määräyksiin sekä kir-
jallisiin ohjeisiin perustuen. Hoitajat varmistivat lääkkeiden ja lääkehoidon toteut-
tamiseksi tarvittavan välineiden ja tarvikkeiden saatavuuden, tarkistivat lääkkei-
den käyttökelpoisuuden ja valmistelivat anestesiaan tarvittavat lääkkeet valmiiksi
ennen potilaan saapumista saliin. Lääkehoito toteutettiin yksilöllisesti aseptiikkaa
noudattaen. Potilaan vointia seurattiin koko anestesian ajan. Potilaan tarvitsema
lääkehoito toteutettiin anestesian aikana anestesiahoitajan tekemän arvion pe-
rusteella. Lääkehoidon toteuttaminen oli ennakoivaa, jolloin potilaalle aloitettiin
muun muassa pahoinvointi- ja kipulääkitys joko toimenpiteen aikana tai viimeis-
tään toimenpiteen loppuvaiheessa ennen potilaan siirtymistä heräämöhöhoitoon.
Lääkehoidon vaikutuksia arvioitiin ja kirjattiin. Kipulääkkeen vaikutusta arvioitiin
muun muassa kipumittarin avulla. Lääkehoidon vaikutuksia arvioitiin potilaan

kanssa keskustelemalla sekä vointia tarkkailemalla. Lääkehoidon jatkuvuus varmistettiin kirjaamalla ja raportoimalla.

Potilaiden kuvaamina heidän kokemuksensa hoidon tarpeista perioperatiivisen prosessin aikana liittyvät muun muassa kivun ja pahoinvoinnin hoitamiseen. Potilasohjaus leikkauksenaikaiseen ja -jälkeiseen kipuun liittyen koetaan tärkeänä. Kivun ja pahoinvoinnin hoitaminen korostuvat potilaiden heräämöhoidon aikana. (Davis ym. 2014, 119.) Hyvällä kivunhoidolla voidaan edistää kustannustehokkuutta sekä potilastyytyväisyyttä. Toisin sanoen puutteet kivunhoidossa vaikuttavat paitsi potilaan toipumiseen, myös hoitokustannusten nousuun ja potilastyytyväisyyteen. (Hunter ym. 2016, 1-2.) L-PKS:n leikkaus- ja anestesiaosastolla potilaiden lääkehoitoa toteutetaan lääkärin määräysten perusteella. Lääkehoidon jatkuvuus varmistetaan huolellisella tiedonsiirrolla ja -kululla hoitohenkilökunnan kesken sekä hoitajan ja potilaan välillä. (Lukkari ym. 2014, 11-18; Tengvall 2010, 6; Karma ym. 2016, 8.) Potilaiden lääkehoidon huomioiminen kokonaisuutena on oleellinen osa-alue perioperatiivista hoitotyötä (Rauta ym. 2013, 1393 & 2015, 2).

Johtopäätöksenä perioperatiivisen hoitotyön lääkehoidon osa-alueesta todetaan, että hyvä ja laadukas perioperatiivinen hoitotyö L-PKS:n leikkaus- ja anestesiaosastolla ilmenee huolellisuutena koko lääkehoidon prosessissa, suunnittelusta aina jatkuvuuden takaamiseen asti. Perusedellytyksiä sille ovat ajantasaiset lääkehoidon kirjaukset potilastietojärjestelmässä, lääkärin kirjaamat määräykset annettavista kipu- ja pahoinvointilääkkeistä, ajantasaiset ohjeet lääkehoitoon liittyen sekä yksilöllinen lääkehoidon vaikutusten arvioiminen ja kirjaaminen. Lääkehoidon toteuttaminen on ennakoivaa, suunnitelmallista ja aseptista toimintaa, missä ohjeiden noudattaminen, potilaan esitietoihin perehtyminen, lääkehoidon vaikutusten arvioiminen, kirjaaminen ja tiedonkulku toteutetaan yksilöllisesti ja potilas-kohtaisesti.

Tutkimustuloksissa hyvän ja laadukkaan perioperatiivisen hoitotyön toteuttamista aseptiikan -osa-alueella kuvailtiin kolmesta näkökulmasta: edellytysten, työskentelyä ohjaavien sääntöjen sekä omassa työssä toimimisen kautta. Edellytyksiä hyvän ja laadukkaan hoitotyön toteuttamiselle olivat työntekijöiden riittävä osaamisen taso, potilaan erityisten hoidon tarpeiden huomioiminen aseptiikan suhteen sekä leikkaussalien asianmukainen varustelu ja valmistelu leikkauksen aikaisen liikenteen vähentämiseksi. Työntekijöiden työskentelyä ohjasi aseptinen

omatunto ja aseptiset työskentelytavat kaikissa hoitotyön vaiheissa. Aseptiikkaa omassa työssä toteutettiin käyttämällä asianmukaisia suojavälineitä, toteuttamalla käsihygieniää, käsittelemällä instrumentteja, lääkkeitä ja nesteitä oikein, toimimalla aseptisesti leikkausalueen desinfektiossa ja rajaamisessa, sekä käsittelemällä haava-aluetta aseptisesti. Koko leikkaustiimin aseptista toimintaa tarkkailtiin ja siihen tarvittaessa puututtiin. Perioperatiivisen hoitotyön aseptiikka -osa-alueella hoitotyön toimintoja ja teemoja yhdistivät aseptiikan toteuttaminen ja aseptiikan varmistaminen.

Perioperatiivisessa hoitotyössä korostuu tasokas aseptiikka (Lukkari ym. 2014, 20). Aseptiikan huomioiminen työskentelyssä (Lukkari ym. 2014, 20) ja aseptisen työympäristön varmistaminen (Kervered ym. 2012, 451-452) ovat hoitotyön toimintoja, joilla toteutetaan hyvää ja laadukasta perioperatiivista hoitotyötä. Aseptiikkaan liittyvät yksityiskohdat kuten leikkausalueen ihon valmisteleminen ovat eniten dokumentoituja perioperatiivisen hoitotyön menetelmiä (Spruce 2016, 95). Aseptiikkaa ei kuitenkaan nähdä pelkästään erilaisina hoitotyön toimintoina, vaan sitä voidaan tarkastella ulottuvuutena, jonka avulla voidaan kuvailla perioperatiivisen sairaanhoitajan todellisuutta hoitotyötä toteuttaessaan (Rauta ym. 2013, 1391; 2015, 3.) Myös leikkaushoitajien itsensä arvioimina, leikkaushoitajien ammattipätevyyteen kuuluvista hoitotyön toiminnoista ”aseptiikka ja turvallisuus” osa-alue on heidän mielestään suurin ja tärkein ammatillista pätevyyttä kuvaava osa-alue (Tengvall 2010, 104). Perioperatiivisissa toimintaympäristöissä työskentelevien sairaanhoitajien arvioimana, ammattitaidon ylläpitäminen ja kehittäminen edellyttävät tutkitun tiedon hyödyntämisen taitoja ja on riippuvaista alan kirjallisuuden ja julkaisujen seuraamisesta (Silvennoinen ym. 2012, 29-30).

Johtopäätöksenä perioperatiivisen hoitotyön aseptiikka -osa-alueesta todetaan, että hyvää ja laadukasta hoitotyötä L-PKS:n leikkaus- ja anestesiaosastolla toteutetaan huomioimalla potilaan erityiset hoidon tarpeet aseptiikan suhteen. Antibioottiprofylaksian oikea-aikaisuudesta huolehditaan. Haava-alueen paranemista edistetään sopivalla haavasidoksella ja haava-aluetta käsitellään aseptisesti. Infektioiden syntyä ja leviämistä ehkäistään noudattamalla aseptiikkaa jokaisessa hoitotyön vaiheessa. Aseptista toimintaa tarkkaillaan ja siihen myös tarvittaessa puututaan.

Aktiviteetti/lepo, liikunta ja asento- osa-alueella hyvää ja laadukasta perioperatiivista hoitotyötä toteutettiin muun muassa tukemalla potilaan liikkumista. Potilaita kannustettiin liikkumaan mahdollisuuksiensa mukaan. Apuvälineitä käytettiin tarvittaessa. Potilaan omatoimisuus, yksilölliset liikerajoitukset ja turvallisuus huomioitiin leikkausasennon laitossa ja asennon muutoksissa. Potilaan raajoja liikuteltiin hermovaurioiden ja painehaavojen ehkäisemiseksi. Potilaan levon tai virikkeiden tarpeet tunnistettiin ja niihin reagoitiin esimerkiksi luomalla potilaalle rauhallinen hoitoympäristö. Potilaiden yksilölliseen ohjaamiseen, opastamiseen ja heidän kanssaan keskustelemiseen käytettiin aikaa. Hoitajat käyttivät erilaisia pehmusteita ja tukityynyjä optimaalisen leikkausasennon laittamisessa ja ylläpitämisessä. Potilaan asento tarkistettiin toimenpiteen aikana. Heräämössä potilaita autettiin hyvään, toipumista edistävään asentoon ja sekä muissa siirtymissä.

Kehittyneillä hoitomenetelmillä, terveysteknologialla ja perioperatiivisen sairaanhoidon korkeatasoisella osaamisella pyritään välttämään potilaan hoidossa turvallisuusriskeiltä. Potilaalle ei aiheuteta lisävaurioita hoitamisen aikana tai hoitotoimenpiteillä. Perioperatiivista potilasta hoidetaan tukemalla ja edistämällä mahdollisuuksien mukaan hänen terveyttään ja toimintakykyään. (Lukkari ym. 2014, 17-18.) Leikkaussalissa potilas siirretään turvallisesti leikkauspöydälle ja löydetään turvallinen leikkausasento (Korte ym. 2000, 20). Perioperatiivisen hoitotyön keskiössä on potilasturvallisuuden varmistaminen ja leikkaukseen liittyvien komplikaatioiden ehkäiseminen, kuten ihovaurioiden ennaltaehkäiseminen ja leikkausasentoihin liittyvien riskien huomioiminen (Rauta ym. 2013, 1393, 1396; 2015, 2-3).

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että L-PKS:n leikkaus- ja anestesiaosastolla hyvän ja laadukkaan perioperatiivisen hoitotyön aktiviteetin/levon, liikunnan ja asennon osalta toteutuu potilaan hyvän voinnin ja turvallisuuden varmistamisen kautta. Sen perusedellytyksenä on potilaan yksilöllinen huomioiminen liike- ja aistirajoituksiin, omatoimisuuden tukeminen ja rauhallisen toimintaympäristön mahdollistaminen. Potilaan turvallisuudesta huolehditaan ehkäisemällä hermovaurioiden ja painehaavojen syntyminen sekä estetään potilaan kaatuminen tai putoaminen.

Tutkimustulosten mukaan hyvää ja laadukasta perioperatiivista hoitotyötä tuen, ohjauksen ja jatkohoidon sekä näytteiden ja tutkimusten osa-alueella toteutettiin yksilöllisesti ja turvallisesti. Hoitajat huomioivat potilaan henkisen hyvinvoinnin koko perioperatiivisen hoitovaiheen ajan. He tukivat, ohjasivat, keskustelivat, kuuntelivat, kannustivat ja rohkaisivat potilasta hänen henkinen ikä huomioiden sekä salissa että heräämössä. Hoitajat kohtasivat potilaan pelokkuuden, rauhattomuuden tai sekavuuden. Potilasta ei koskaan jätetty yksin, jolloin luotiin luottamuksellinen ja turvallinen ilmapiiri. Hoitajat kertoivat potilaalle muun muassa leikkauspäivän tapahtumista, jolloin potilas pidettiin ajan tasalla ja häntä informoitiin leikkauksen etenemisestä toiveidensa mukaan. Hoitajat edesauttoivat myönteisen leikkauskokemuksen syntymisessä luomalla rauhallisen sekä turvallisen hoitoympäristön potilailleen. Hoidon jatkuvuus turvattiin jatkohoito-ohjeiden tarkalla ja huolellisella kirjaamisella tietojärjestelmiin ja niistä tiedotettiin eteenpäin jatko-hoito-osaston hoitajille. Näytteiden ottamiseen ja käsittelyyn liittyvät ajantasaiset ohjeet takasivat turvallisen ja oikeanlaisen näytteiden käsittelyn. Valvova hoitaja ja anestesiahoitaja huolehtivat salissa otetuista näytteistä, niiden merkitsemisestä, kirjaamisesta, läheteiden tekemisestä ja toimittivat ne eteenpäin oikeaan paikkaan. Hoitajat valmistautuivat jo etukäteen mahdollisiin näytteiden ottoon vaaramalla siihen tarvittavan välineistön ja ohjeet valmiiksi saliin. Toimenpiteen jälkeen valvova hoitaja merkitsi tarkistuslistaan näytteiden lukumäärän ja ottokohdan.

Perioperatiivisessa hoitotyössä fyysinen turvallisuus tarkoittaa sitä, että potilasta ei jätetä missään vaiheessa yksin. Psyykkisessä turvallisuudessa luodaan potilaalle tunne aidosta läsnäolosta, johon liitetään potilaan tiedottaminen, kunnioittaminen ja hänen mielipiteidensä huomioonottaminen. (Lukkari ym. 2014, 17.) Perioperatiivinen hoitoajattelu korostaa potilaskeskeisiä toimintatapoja hoitoteknisten taitojen ohella. Ihmisen yksilöllisyyttä ja eheyttä kunnioitetaan, hänet kohdataan ainutkertaisena ja tasa-arvoisena ihmisenä, joka päättää omista asioistaan. Potilaan kanssa toimitaan siis tasavertaisessa ja turvallisessa vuorovaikutussuhteessa. Näin ollen hoitotyössä korostuu potilaskeskeisyys, yksilöllisyys, turvallisuus, kokonaisvaltaisuus ja hoitotyön jatkuvuus. Potilasta rohkaistaan ilmaisemaan itseään hoitotilanteessa. (Von Post 1998, 81; Korte ym. 2000, 18-19; Lukkari ym. 2014, 11-17; Karma ym. 2016, 8.) Potilastyössä keskeisiä asioita

ovat kohtaamisen myönteisyys ja turvallisuus, aloitteellisuus ja luottamus yhteistyössä, potilaan ja sairaanhoitajan läheisyys, välittämisen kokeminen, vahvistuminen ja tunnekokemuksen jakaminen. Mattilan (2001) tutkimuksen yhdistäviksi piirteiksi muodostuivat siis potilaan turvallisuuden kokeminen, osallistuminen hoitoonsa ja tietäminen hoitoonsa liittyvistä kysymyksistä. (Mattila 2001, 86-89.) Perioperatiivisessa hoitotyössä on oleellisen tärkeää tarjota riittävästi asiaankuuluvaa tietoa potilaille läpi koko hoitoketjun. Sujuva kommunikaatio, potilaan ajan tasalla pitäminen, hänen hoidostaan kertominen, potilaan riittävä kuunteleminen ja hänelle läsnä oleminen kertovat potilaan hoidon tarpeista sekä hoitajan aidosta kiinnostuksesta häntä kohtaan. (Rauta ym. 2013, 1392, 1396.) Yhtenä tärkeänä hoitotyön osa-alueena nähdään muun muassa leikkaushoidon aikaiset näytteenotot ja tutkimukset potilaan diagnoosin varmistamiseksi sekä hoitotyön jatkuvuuden turvaamiseksi (Rauta ym. 2013, 1393, 1396 & 2015, 2-3).

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että hyvä ja laadukas perioperatiivinen hoitotyö L-PKS:n leikkaus- ja anestesiaosastolla tuen, ohjauksen ja jatkohoidon sekä näytteiden ja tutkimusten osalta toteutuu potilaalle läsnä olemisena ja hoidon jatkuvuuden turvaamisena. L-PKS:n leikkaus- ja anestesiaosastolla kaikki potilaat saavat yksilöllistä tukea ja ohjausta. Sen perusedellytyksenä on potilaan henkisen hyvinvoinnin huomioiminen, kannustaminen, rohkaiseminen, kuunteleminen, tiedottaminen, ohjaaminen ja keskustelu potilaan kanssa rauhallisessa ja turvalisessa hoitoympäristössä. Hoidon jatkuvuus turvataan huolellisella jatkohoido-ohjeiden kirjaamisella, selkeällä ja kattavalla raportoisella sekä hyvillä näytteiden ottamiseen ja niiden käsittelyyn liittyvillä ohjeilla ja ohjeistuksilla.

7 POHDINTA

7.1 Tutkimuksen eettisyyden ja luotettavuuden tarkastelua

Tutkimuseettinen neuvottelukunta korostaa tutkimuksen olevan eettisesti hyväksyttävää ja luotettavaa ja tulosten uskottavia vain, jos tutkimus on suoritettu hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla. Tutkijan eettiset ratkaisut vaikuttavat ratkaisevasti tutkimuksen uskottavuuteen. Keskeisiä lähtökohtia ovat eettiset kysymykset koskien aihevalintaa, tutkimuskysymyksiä, -menetelmää sekä kohderyhmän valintaa, kyselylomakkeen laatimista, aineiston keruuta ja käsitteilyä, tulosten luotettavuuden arviointia ja tulosten julkaisemista. (Tuomi 2007, 143; Tengvall 2010, 32; Varantola, Launis, Helin, Spoof & Jäppinen 2013, 6-7.)

Terveystieteiden tutkimuksen tavoite on potilaan hyvä. Tämän opinnäytetyön aihevalinta tähtää potilaiden hyvään kehittämällä perioperatiivista hoitotyötä. Hoitajat haluavat hoitaa potilaansa hyvin, jolloin opinnäytetyön aihe on eettisesti perusteltu. Lisäksi perioperatiivisen hoitotyön kehittäminen tukee kaikkia Länsi-Pohjan Sairaanhoidopiirin tavoitteita vuosille 2017-2019. Tämä kehittämistyön aihevalinta tukee terveyden edistämisen näkökulmasta hyvän hoidon ja laadukkaiden palveluiden tarjoamista, prosessinäkökulmasta hoitoprosessien kehittämistä, henkilöstönäkökulmasta vetovoimaisen imagon edistämistä ja asiakasnäkökulmasta L-PKS:n leikkaus- ja anestesiaosaston hyvästä hoidostaan tuntemista (Sairaanhoidopiirin strateginen suunnitelma 2017-2019).

Opinnäytetyötä varten tehdyt kirjallisuushaut toteutettiin yleisten tutkimuskäytäntöjen mukaan. Lähteinä on käytetty runsaasti tuoreita alan väitöstutkimuksia ja kansainvälisiä tutkimusartikkeleita, mutta myös perinteisiä lähteitä ja kirjallisuutta hoitotyön eettisyydestä ja perioperatiivisen hoitotyön olemuksesta. Tiedonhauissa käytettiin myös informaation apua. Prosessin etenemistä raportoituihin ohjaajalle säännöllisin väliajoin. Tämän opinnäytetyön aiheesta tehtiin aluksi yhteistyösopimus (Liite 1) ja tutkimuslupa (Liite 2) hyväksyi allekirjoituksellaan L-PKS:n operatiivisen tulosalueen ylihoitaja. Opinnäytetyön tutkimussuunnitelma on esitelty L-PKS:n leikkaus- ja anestesiaosaston hoitohenkilökunnalle ennen tutkimusaineistojen hankkimista helmikuussa 2017.

Tutkimuksen kohdejoukon (N=51) muodostivat leikkaus- ja anestesiaosaston hoitohenkilökunta. Kyselylomaketta arvioivat opinnäytetyön tekijät anestesia- ja

leikkaushoitajan ominaisuudessa, sekä opinnäytetyötä ohjaava opettaja yhdessä. Kyselylomakkeet toimitettiin saatekirjeineen leikkaus- ja anestesiaosastolle sovittuun paikkaan, mistä jokainen vastaaja sai oman kopion täytettäväkseen. Kyselyyn vastaaminen perustui vapaaehtoisuuteen. Tutkimukseen osallistujat saivat miettiä rauhassa vastauksiaan ja palauttaa kyselylomakkeen nimettömästi palautuslaatikkoon sovittuun päivämäärään mennessä. Jokaisella hoitohenkilökuntaan kuuluvalla oli halutessaan mahdollisuus vastata kyselyyn, sillä vastausaika oli pitkä. Lopullista kyselylomaketta ei liitetty mukaan tutkimuslupanomukseen.

Havainnointi suoritettiin ennalta sovittuina ajankohtina. Havainnoijan rooli havainnoinnissa oli osallistuva. Hän oli itse osallisena hoitotyössä joko heräämöhoitajana tai leikkaussalissa osana leikkaustiimiä. Havainnoija ei häirinnyt tilannetta läsnäolollaan samalla tavalla, kuin jos hän olisi ollut täysin vieras ihminen. Havainnoija ei havainnoinut omaa toimintaansa eikä ohjaillut muiden toimintaa, vaan havainnoi hoitotyön toteuttamista sellaisenaan, ilman ennako-odotuksia. Havainnointia ohjasi hoitoisuusluokitusmittarin (PERIHOIq) osa-alueet. Havainnointi kohdistui hoitotyön toteuttamiseen näillä osa-alueilla. Hoitajan toimiminen havainnoijana lisää perioperatiivisessa hoitoympäristössä tehdyn havainnoinnin luotettavuutta, sillä toiminnan merkitys ymmärretään eikä toiminta jää vieraaksi. Lisäksi henkilökunnan luonteva suhtautuminen havainnoijaa kohtaan voi vähentää havainnoijan läsnäolon vaikutusta toimintaan. Joskus voi olla vaikeaa tehdä eroa tutkijan havaintojen ja yksityishenkilönä saatujen havaintojen välille. Mitkä havainnot on saatu yksityishenkilönä ja mitkä tutkijana, on havainnoijan tarkkailtava eettisessä mielessä. (Laine, Bamberg & Jokinen 2007, 24; Vilkkä 2006, 114; Toikko & Rantanen 2009, 122-123; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 25; Sini-vuo ym. 2012, 297-298; Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2014, 115-117.)

Eettisyyttä tutkimusaineiston käsittelyssä ja tulosten luotettavuudessa arvioidaan useiden eri laadullisen tutkimuksen kriteereiden mukaisesti. Kyngäs ym. (2011, 138) painottavat mahdollisimman tarkkaa analyysin raportointia luotettavuuden lisäämiseksi. Esimerkit analyysiprosessista havainnollistavat lukijalle sen etenemistä. Tässä opinnäytetyössä tutkimustuloksiin pääsemistä on pyritty esittämään johdonmukaisesti, ymmärrettävästi ja tarkasti. Luotettavuuden lisäämiseksi on osoitettava yhteys tulosten ja aineiston välillä. Suorien lainausten käyttöä tulosten

raportoinnissa pidetään luotettavuuden kannalta keskeisenä. Niiden pitäisi systemaattisesti osoittaa tuloksen yhteys alkuperäisaineistoon vähintään sisällöllisesti, mielellään myös tunnistetiedoin. Tässä opinnäytetyössä ulkopuoliset eivät voi tunnistaa tutkittavia suorien lainausten perusteella, mutta tunnistetietojen puuttuessa lukijalle ei myöskään voida todentaa tutkimusaineiston monipuolisuutta. Tämän opinnäytetyön tutkimusaineisto oli todella runsas ja sitä on hyödynnetty monipuolisesti. (Kyngäs ym. 2011, 140.)

Sisällönanalyysillä tehdyn tutkimuksen raportointiin liittyy haasteita. Induktiivisen sisällönanalyysin tuloksena syntyy abstrahoinnin kautta käsitteitä. Tutkija pystyy kuvailemaan vain osan tästä syntyprosessista perusteellisesti. Osa on tutkijan oivalluksia, joita hänen on vaikea kuvailla kirjallisesti. Analyysiprosessin tuloksena raportoinnissa näkyy se, miten käsite on rakennettu. Usein sisällönanalyysillä tuotetusta tuloksesta näkyy aineiston keskeneräisyys. Tutkija ei ole abstrahoinut aineistoa tai hän on yhdistänyt liian paljon erilaisia asioita samaan käsitteeseen. Käsitteiden runsaus puolestaan kuvaa yleensä sitä, että tutkija ei ole kyennyt ryhmittelemään aineistoa. Tämän opinnäytetyön aineiston analysointia tapahtui vielä tutkimustuloksia kirjoittaessa. Jotkut ilmiöt saivat merkityksensä vasta kirjoitusvaiheessa, kun niiden sisältö avautui kirjoittajalleen. Näin luokittelut saivat lopullisen muotonsa. (Kyngäs ym. 2011, 140.)

Kysymys tutkimuksen luotettavuudesta eli reliabiliteetista kohdistuu myös koko tutkimusprosessiin: mittarien toimivuuteen, prosessien toistettavuuteen ja aineistoihin. Lomakekyselyn kysymykset muodostettiin hoitoisuusmittarin (PERIHOIQ) osa-alueiden mukaan. Kysely on toistettavissa sellaisenaan yksiköissä, missä käytetään samaa hoitoisuusluokitusjärjestelmää. Toki sopii miettiä, olisiko yksi avoin kysymys ”Kuvailkaa, minkälaista on hyvä perioperatiivinen hoitotyö” antanut kuitenkin suppeampia vastauksia, kuin nyt kyselyn ja havainnoinnin kohdistuessa jokaiseen perioperatiivisen hoitotyön osa-alueeseen erikseen. Toisaalta, erittäin laaja tutkimusaineisto antoi hyvät edellytykset tehdä tarkkoja ja osuvia johtopäätöksiä perioperatiivisen hoitotyön ja yhteistyön kehittämisen kannalta. Sosiaalisten prosessien toistettavuuden vaatimus on haasteellinen. Ryhmäprosessiin vaikuttaa niin ryhmän jäsenten yksilölliset tekijät kuin kulttuuriset ja yhteisölliset tekijät. Havainnointi on aina ainutkertainen tapahtuma, eikä sitä voi sellaisenaan toistaa. (Vilkkä 2006, 38.)

Uskottavuus kuvaa sitä, miten hyvin tutkimuksen aineisto ja sen pohjalta toteutettu analyysi kuvaavat tutkimuksen kohteena olevaa ilmiötä. Perioperatiivisen hoitotyön toteuttamista on pyritty kuvailemaan lukijoille selkeästi, loogisesti, jopa kronologisesti. Vahvistettavuutta puolestaan edellyttää tutkimusprosessin kirjaaminen siten, että toinen tutkija voi seurata tutkimusprosessin kulkua. Tähän on pyritty kirjoittamalla tutkimustulokset samalla tavalla jokaisen hoitotyön osa-alueen kohdalla. Laadullisen tutkimuksen tulosten siirrettävyys tarkoittaa sitä, kuinka hyvin tutkimuksen tulokset ovat siirrettävissä muihin vastaaviin tilanteisiin. Tämän opinnäytetyön tulokset ovat ainutlaatuiset, eivätkä sellaisenaan siirrettävissä mihinkään muuhun perioperatiiviseen yksikköön. Hoitotyötä ohjaavat kyseisen yksikön arvot ja etiikka, sekä kyseisen organisaation toiminta. Ne tekevät jokaisesta perioperatiivisesta yksiköstä ainutlaatuisen. Tutkimustuloksissa ollaan pyritty kuvaamaan selkeästi ja elävästi hyvän ja laadukkaan perioperatiivisen hoitotyön toteuttamista L-PKS:n leikkaus- ja anestesiaosastolla. Tutkimustuloksilla pyritään kuvaamaan mahdollisimman kattavasti tutkimuksen kohteena olevaa ilmiötä. (Kylmä ym. 2008, 26.)

Tutkimustulosten face-validateetti analyysin luotettavuuden lisäämiseksi tarkoittaa, että tulos esitetään niille, jotka ovat tuttuja tutkittavan ilmiön kanssa ja pyydetään heitä arvioimaan, vastaako tulos todellisuutta. Molemmat opinnäytetyön tekijät ovat perioperatiivisen hoitotyön asiantuntijoita, mikä auttoi tutkimusaineiston tulkitsemisessa ja oivaltaviin ja tarkkanäköisiin johtopäätöksiin pääsemisessä. Tutkijan hoitajatausta voi lisätä hoitoympäristössä tehdyn tutkimuksen luotettavuutta, koska tutkija ymmärtää hoitajien toiminnan merkityksen. (Kyngäs ym. 2011, 138; Sinivuo ym. 2012, 297.) Tämän opinnäytetyön tutkimustulokset esitettiin leikkaus- ja anestesiaosaston hoitohenkilökunnan osastotunnilla 29.9.2017. Tutkimustuloksia tiivistettiin ryhmätyömenetelmällä paikalla olleiden hoitajien kesken. Hoitajat jaettiin kuuteen ryhmään. Kullekin ryhmälle annettiin yhden perioperatiivisen hoitotyön osa-alueen tutkimustulokset pohdittaviksi. Tutkimustuloksista poimittiin yhteistyössä ydinkohtia kuvaamaan tiivistetysti hyvää ja laadukasta hoitotyötä L-PKS:n leikkaus- ja anestesiaosastolla. Ydinkohdista muodostettiin kompakti, selkeä ja helposti päivitettävä versio, mitä tullaan käyttämään leikkaus- ja anestesiaosastolla hyvän ja laadukkaan perioperatiivisen hoitotyön toteuttamisen arvioimisessa tarkistuslistana (Liite 4). Sen avulla hoitajat arvioivat, ovatko he voineet toteuttaa hyvää ja laadukasta hoitotyötä. Sitä voidaan

myöhemmin täsmentää, tarkentaa tai muuttaa tilanteen sitä edellyttäessä. Hyvän ja laadukkaan perioperatiivisen hoitotyön tarkistuslistaa voidaan käyttää myös uusien työntekijöiden perehdytyksen apuvälineenä sekä hyvän ja laadukkaan perioperatiivisen hoitotyön tavoittelun kohteena.

7.2 Tutkimuksen merkitys työelämälle ja jatkotutkimushaasteet

RAFAELATM-järjestelmän käyttöönottoaminen L-PKS:n leikkaus- ja anestesiaosastolla on edellyttänyt hoitajilta omaa työtään ohjaavien arvojen, toimintatapojen, sekä koko perioperatiivisen hoitoprosessin avaamista. Edellä mainittuja pohdintamalla voidaan huomata tapoja tehdä asioita paremmin, tai eri tavalla. Tässä opinnäytetyössä kuvaillaan, minkälaista on hyvä ja laadukas perioperatiivinen hoitotyö L-PKS:n leikkaus- ja anestesiaosastolla. Tämä opinnäytetyö tuotti lisäksi tietoa tekijöistä, jotka estävät hyvän ja laadukkaan perioperatiivisen hoitotyön toteuttamista L-PKS:n leikkaus- ja anestesiaosastolla. Niiden perusteella on mietitty keinoja L-PKS:n perioperatiivisen hoitotyön kehittämiseksi ja tehostamiseksi yhteistyön näkökulmasta.

Potilasturvallinen perioperatiivinen hoitotyö suunnitellaan ja järjestetään potilaasta käytettävien tietojen perusteella. Saatavilla olevien tietojen laajuus ja tarkkuus korostuvat erityisesti perioperatiivisen hoidon järjestämisessä ja lääkehoidon toteuttamisessa. Potilaan leikkausta varten tarvittavat instrumentit, välineet, potilaan leikkausasento ja leikkauksessa tarvittava henkilöstö suunnitellaan ja varataan kirjattuun leikkaussuunnitelmaan perustuen. Perioperatiivinen hoitoprosessi hidastuu, kun potilaan hoitamiseksi tarvittavia tietoja selvitetään tai jo tehtyä toimintaa joudutaan muuttamaan täsmentynyttä suunnitelmaa vastaavaksi. Kirjattujen tietojen merkitys korostuu myös lääkehoidossa. Lääkehoidon kirjausten perusteella perioperatiiviset hoitajat toteuttavat potilaan turvallista lääkehoitoa ja huolehtivat sen jatkuvuudesta. Kaikilta osin huolellisesti täytetyt tiedot edistävät ja tehostavat potilasturvallisen hoitotyön suunnittelua, valmistelemista ja toteuttamista leikkaus- ja anestesiaosastolla. Yhteistyö- ja jatkotutkimusaiheena esitetään hyvien kirjaamiskäytäntöjen kehittämistä potilasturvallisuuden edistämiseksi ja perioperatiivisen hoitotyön tehostamiseksi.

Epäselvyydet potilaan preoperatiivisissa valmisteluissa estivät hyvän ja laadukkaan perioperatiivisen hoitotyön toteuttamista hidastamalla potilaan perioperatiiv-

visen hoitoprosessin sujuvaa etenemistä sekä aiheuttamalla potilaalle ylimääräistä huolta ja odottelua leikkaus- ja anestesiaosastolla. Ennen leikkaussaliin saapumista otettavissa laboratoriokokeissa ja potilaalle tehtävissä leikkausvalmisteluissa nähdään tarvetta toiminnan kehittämiseksi ja tehostamiseksi. Anestesiaa tai leikkausta ei voida aloittaa ennen tiettyjen edellytysten täyttymistä. Tuomalla potilas leikkaussaliin ennen näiden edellytysten täyttymistä lisätään potilaan leikkaussalissa viettämää aikaa, mikä heikentää leikkaus- ja anestesiaosaston tehokkuutta ja tuottavuutta, sekä myös potilaalle syntyvää mielikuvaa saamastaan hoidosta L-PKS:ssä. Potilaan matka leikkaussaliin voi myös pysähtyä heräämön kohdalla, missä hän voi joutua odottamaan leikkaukelpoisuuden saavuttamista. Toimenpide voidaan joutua myös perumaan kokonaan suunnitellulta päivältä. Edellä mainitut eivät tue leikkaus- ja anestesiaosaston hoitajien käsitystä hyvästä ja laadukkaasta perioperatiivisesta hoitotyöstä. Tutkimustulosten perusteella yhteistyö- ja jatkotutkimusaiheeksi ehdotetaan potilaan leikkaus- ja anestesiakelpoisuuden edellytysten ja niihin liittyvän työnjaon täsmentämistä koko L-PKS:ssä.

Hyvässä ja laadukkaassa perioperatiivisessa hoitotyössä korostuu kaikilla sen osa-alueilla osaaminen, hyvin moniulotteisena käsitteenä. L-PKS:n leikkaus- ja anestesiatoiminta on laajaa, siten myös perioperatiivisten hoitajien osaamisvaatimuksetkin. Potilasturvallinen hoitotyö varmistetaan riittävällä perehdytyksellä ja ajantasaisilla ohjeilla. Perioperatiivisessa hoitotyössä tilanteet tulevat esiin yllättäen ja nopeasti, jolloin ohjeiden tulee olla helposti saatavilla, selkeät, yksiselitteiset ja ajantasaiset. Jatkotutkimus- ja kehittämishankkeeksi ehdotetaan hoito-ohjeiden päivittämistä edellä mainittujen kaltaisiksi.

Tämän opinnäytetyön todellinen merkitys työelämälle avautui vasta tutkimustulosten myötä. Havainnointi osoittautui tutkimuskysymyksen kannalta juuri oikeaksi tavaksi kerätä lisätietoa tutkimuksen kohteena olevista ilmiöistä. Kaikki havainnot kirjoitettiin muistiinpanoiksi juuri niin kuin ne tapahtuivat eikä niiden sisältämiä merkityksiä mietitty ennalta. Kirjallisen tutkimusaineiston tulokset eivät olleet siinä vaiheessa selvillä, joten ne eivät vaikuttaneet havainnointiin. Tutkimusaineistoja lähdettiin analysoimaan avoimin mielin, ilman ennakkokäsityksiä. Tämän opinnäytetyön alkuperäinen tavoite hyvän ja laadukkaan perioperatiivisen hoitotyön kehittämisestä L-PKS:n leikkaus- ja anestesiaosastolla ylittyi. Tämän opinnäytetyön tutkimustulosten avulla voidaan perioperatiivista toimintaa kehittää

ja tehostaa leikkaus- ja anestesiaosaston ulkopuolelle suuntautuvan yhteistoiminnan ja hoitotyön kehittämisen näkökulmasta. Opinnäytetyön merkitystä työelämälle voidaan perustella sen taloudellisesta näkökulmasta leikkaustoiminnan tehostamiseen tähtäävän yhteistyön avulla. Kilpailun näkökulmasta opinnäytetyön avulla tuodaan esiin tekijöitä, mitkä vaikuttavat potilaalle syntyvien mielikuvien muodostumisessa saamastaan hoidosta L-PKS:ssä. Lisäksi, sairaanhoitaja osaa itse parhaiten kertoa omasta työstään ja sen laadusta. Tulemalla kuulluiksi ja kokemalla vaikutusmahdollisuuksia työssään voidaan lisätä sairaanhoitajien työtyytyväisyyttä, työhön sitoutumista ja myös sitä kautta potilaiden saamaa hyvää ja laadukasta hoitotyötä.

Taloudellinen paine, väestön ikääntyvyys, työvoiman tarve ja hoitoteknologian kehittyminen vaikuttavat jo nyt voimakkaasti terveydenhuoltoon. Lisäksi näyttöön perustuvan hoitotyön, potilasturvallisuuden ja hoidon yksilöllisyyden painottuminen antavat oman merkityksensä hoitotyölle. Tällä hetkellä terveydenhuollossa kehitystoiminnan tavoitteena on hoidon ja palvelujen laadun parantaminen esimerkiksi olemassa olevia toimintaprosesseja kehittämällä. Mutta myös hoitotyön johtajien odotetaan pystyvän vastaamaan terveydenhuollon muutoksiin, ennakoimaan tarvittavaa osaamista ja henkilöstön käyttöä. RAFAELA™-järjestelmää käyttämällä potilaiden hoitotulokset turvataan, hoitajien työtyytyväisyys varmistetaan ja toiminnan taloudellinen tehokkuus taataan. Nyt ja tulevaisuudessa on tärkeää varmistaa, että niukat henkilöstövoimavarat käytetään tehokkaasti siihen hoitotyöhön, johon hoitohenkilökunta on koulutettu. Hoitoalaa kuvastaa tarve saada oikeat ihmiset tekemään oikeita asioita saavuttaen oikeita lopputulemia. Jos potilas todellakin on kaiken tämän keskiössä, tämä opinnäytetyö tukee osaltaan näihin tavoitteisiin pääsemistä. (Partanen 2002, 17-20; Holopainen ym. 2013, 81; Fagerström 2014, 30-31; Flinkman 2014, 45-56; Rauta ym. 2015, 1; Vesanen 2015, 6; Williams ym. 2015, 34; Gardner ym. 2016, 139; Malmivaara 2016, 1401.)

7.3 Oman osaamisen kehittyminen

Opinnäytetyö prosessina on opettanut monia asioita ja vaatinut vahvaa sitoutumista. Se on ollut haastavaa, mutta mukaansatempaavaa. Opinnäytetyön tekeminen on antanut hyvät edellytykset etsiä uusinta, näyttöön perustuvaa tietoa. Tiedon määrä ei ole tänä päivänä ongelma, sitä löytyy valtavasti. Lähdekritiikin

lisäksi erot kirjoitusprosessissa haastavat tekijöitään silloin, kun opinnäytetyötä ei tehdä yksin. Tekstistä haluttiin yhtenäinen, selkeästi etenevä ja luettava, jotta myös perioperatiiviseen hoitotyöhön perehtymätön lukija ymmärtää mitä kaikkea potilaan hoitaminen leikkaus- ja anestesiaosastolla tarkoittaa. Työ sisältää paljon muutakin kuin potilaiden välitöntä hoitamista, mutta kyseisistä työtehtävistä ja prosesseista saisi oman mielenkiintoisen ja varsin tarpeellisen tutkimuksensa, varsinkin juuri nyt erikoissairaanhoidossa tapahtuvien muutosten ollessa käsillä.

Säännölliset tapaamiset opinnäytetyön ohjaajan ja toistemme kanssa ovat edesauttaneet opinnäytetyömme etenemistä. Selkeä ja yhteinen suunnitelma, yhteiset tavoitteet ja aikataulun noudattaminen ovat olleet edellytyksiä prosessin etenemiselle ja aikataulussa pysymiselle. Molemmat opinnäytetyön tekijät ovat osoittaneet työhön vahvaa sitoutumista.

Ammattitaito potilaiden ja heidän omaistensa tarpeiden tunnistamisen suhteen on syventynyt ja vahvistunut. Potilaiden henkinen tukeminen, tiedon tarjoaminen ja heitä varten läsnä oleminen ovat potilaiden näkökulmasta tärkeimpiä hoitotyön tarpeita ja laadun kriteerejä. Hoitotyön kehittämisen näkökulmasta olemme löytäneet kyselyn ja havainnoinnin avulla tekijöitä, millä voidaan kehittää perioperatiivista hoitotyötä. Opinnäytetyön edetessä olemme työyhteisön kesken pohtineet työtämme perioperatiivisina sairaanhoitajina, mikä on edistänyt perioperatiivisen hoitotyön arvioimista. Tämän opinnäytetyön avulla voidaan kuvata potilaiden perioperatiivista prosessia, perioperatiivisten hoitajien toimintaa, työn vaativuutta ja osaamisvaatimuksia. Suljetun ympäristönsä vuoksi edes muualla talossa työskentelevät hoitajat eivät tiedä, mitä kaikkea perioperatiivinen hoitotyö leikkaus- ja anestesiaosastolla pitää sisällään.

Lisäksi, olemme saaneet valmiuksia työelämän osallistavaan kehittämiseen ja työyhteisön sitouttamiseen yhteisen päämäärän saavuttamiseksi. Isoissa organisaatioissa ja työyhteisöissä uusia asioita voidaan käsitellä käyttämällä samoja käsitteitä ja määrittelemällä ne yhdessä. Jokaisen työyhteisön jäsenen tulee myös tietää mitä häneltä odotetaan, jotta tavoitteisiin voidaan pyrkiä ja päästä. Muutosvastarintaa hoitoisuusluokitusjärjestelmän käytössä on helpottanut yhtenäisten käsitteiden käyttämisen lisäksi asioiden riittävän pienissä osissa käsitteleminen. Uuden järjestelmän käyttöönotto on tehty, mutta jalkauttaminen jatkuu vielä pitkään. Muutoksen johtaminen on pitkäjänteinen prosessi, missä auttaa

osatavoitteiden asettaminen. Ensimmäinen askel, hyvän ja laadukkaan perioperatiivisen hoitotyö tarkistuslista, on valmis. Seuraava vaihe hoitoisuusluokitusjärjestelmän käytön etenemisessä on rinnakkaisluokittelun läpivieminen ja osaston optimaalisen hoitoisuuden arvioiminen (PAONCIL).

LÄHTEET

- Alastalo, M., Salminen, L., Lakanmaa, RL. & Leino-Kilpi, H. 2017. Seeing beyond monitors - Critical care nurses' multiple skills in patient observation: Descriptive qualitative study. *Intensive and critical care nursing* 42, 80-87.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2017.03.004>
- Alfredsdottir, H. & Bjornsdottir, K. 2007. Nursing and patient safety in the operating room. *Journal of advanced nursing* Vol 61 No 1, 29-37.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04462.x>
- Anttila, K., Kaila-Mattila, T., Kan, S., Puska, EL. & Vihunen, R. 2015. Hoitamalla hyvää oloa. 18.-19. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Baker, JD. 2017. Nursing research, quality improvement and Evidence-based practice: the key to perioperative nursing practice. *AORN Journal* Vol 105 No 1, 3-5.
- Blomberg, AC., Bisholt, B., Nilsson, J. & Lindwall, L. 2015. Making the invisible visible - Operating theatre nurses' perceptions of caring in perioperative practice. *Scandinavian journal of caring sciences* 29, 361-368.
<http://dx.doi.org/10.1111/scs.12172>
- Davis, Y., Perham, M., Hurd, AM., Jagersky, R., Gorman, W., Lynch-Carlson, D. & Senseney, D. 2014. Patient and family member needs during the perioperative period. *Journal of perianesthesia nursing* Vol 29 No 2, 119-128.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.open.2013.05.013>
- DeKeyser Ganz, F. & Berkovitz, K. 2011. Surgical nurses' perceptions of ethical dilemmas, moral distress and quality of care. *Journal of Advanced Nursing* Vol 68 No 7, 1516-1525. Viitattu 13.12.2016 <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05897.x>
- Elo, S. & Kangas, H. 2008. The qualitative content analysis process. *Journal of advanced nursing* Vol 62 No 1, 107-115. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x>
- Maelstrom, L. 1999. The patient's caring needs. To understand and measure the unmeasurable. Abor Academe University Press. Väitöskirja.
- Fagerström, L. 2009. Evidence-based human resource management: a study of nurse leaders' resource allocation. *Journal of Nursing Management* 17, 415-425. Viitattu 6.12.2016 <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2834.2009.01010.x>
- Fagerström, L. 2014. The Rafaela system: a workforce planning tool for nurse staffing and human resource management. *Nursing Management* Vol 21 No 2, 30-36.
- Fagerström, L., Nojonen, K. & Åkers, A. 2002. Metodologinen triangulaatio Paoncil- menetelmän sisällön validiteetin testaamisessa. *Hoitotiede* Vol 14 No 4, 180-191.

- Fagerström, L. & Rauhala, A. 2003. Finnhoitoisuus- hoitotyön benchmarking. Projektin loppuraportti 2000-2002. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.
- Fagerström, L. & Rauhala, A. 2007. Benchmarking in nursing care by the RA-FAELA patient classification system - a possibility for nurse managers. *Journal of Nursing Management* 15, 683-692. Viitattu 13.12.2016
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2934.2006.00728.x>
- Flinkman, M. 2014. Young registered nurses' intent to leave the profession in Finland – a mixed- method study. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.
- Forsberg, A., Vikman, I., Wälivaara, BM. & Engström, Å. Patients' perceptions of quality of care during the perioperative procedure. *Journal of perianesthesia nursing* Vol 30 No 4, 280-289.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jopan.2014.05.012>
- Fry, S. 1997. Etiikka hoitotyössä. Eettisen päätöksenteon opas. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto.
- Gardner, K., Kanaskie, ML., Knehans, AC., Salisbury, S., Doheny, KK. & Schirm, V. 2016. Implementing and sustaining evidence based practice through a nursing journal club. *Applied Nursing Research* 31, 139-145. Viitattu 13.12.2016 <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnr.2016.02.001> 0897-1897
- Haho, A. 2006. Hoitamisen olemus. Hoitotyön historiasta, teoriasta ja tulkinasta hoitamista kuvaaviin teoreettisiin väittämiin. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja.
- Hinno, S., Partanen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2011. Hospital nurses' work environment, quality of care provided and career plans. *International Nursing Review* 58, 255-262.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2010. Tutki ja kirjoita. 15.-16. painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Holopainen, A., Juntila, K., Jylhä, V., Korhonen, A. & Seppänen, S. 2013. Johda näyttö käyttöön hoitotyössä. Helsinki: Fioca Oy.
- Hopia, H., Heinonen, J. & Liimatainen, L. 2012. Sairaanhoitajan eettinen osaaminen, 12-24. Sairaanhoitajan eettiset pelisäännöt. Hoitotyön vuosikirja. Porvoo: Bookwell Oy.
- Hunter, SA., Martin, R., Weatherall, M. & Galletly, D. 2016. Anesthetists and surgeons predict postoperative pain. *Journal of perianesthesia nursing*.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jopan.2016.06.008>
- Jeon, Y., Lakanmaa, RL., Meretoja, R. & Leino-Kilpi, H. 2016. Competence assessment instruments in perianesthesia nursing care: A scoping review of the literature. *Journal of perianesthesia nursing* 2016, 1-15.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jopan.2016.09.008>

- Junttila, K., Salanterä, S. & Hupli, M. 2005. Developing terminology for documenting perioperative nursing interventions. *Journal of medical informatics* 74, 461-471. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2005.04.001>
- Juujärvi, S., Myyry, L. & Pesso, K. 2011. Eettinen herkkyys ammatillisessa toiminnassa. 1.-2. painos. Helsinki: Tammi.
- Kalkas, H. & Sarvimäki, A. 1997. Hoitotyön etiikan perusteet. 5. painos. Helsinki: WSOY.
- Kananen, J. 2013. Case -tutkimus opinnäytetyönä. Jyväskylä: Jyväskylän Ammattikorkeakoulu.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Karhe, L. 2017. Potilaan hoitoyksinäisyys. Käsitteellinen malli potilaan yksinäisyydestä hoitosuhteessa ja hoitoyksinäisyyteen yhteydessä olevista tekijöistä. Tampereen yliopisto. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Väitöskirja.
- Karma, A., Kinnunen, T., Palovaara, M. & Perttunen, J. 2016. Perioperatiivinen hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kassara, H., Paloposki, S., Holmia, S., Murtonen, I., Lipponen, V., Ketola, M.L. & Hietanen, H. 2006. Hoitotyön osaaminen. 1-2.painos. Helsinki: WSOY.
- Kaustinen, T. 2011. Oulu-hoitoisuusluokitus ja hoitohenkilökunnan ajankäyttö hoitotyön laatuvaatimusten näkökulmasta. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja.
- Kelvered, M., Öhlén, J. & Gustafsson BA. 2012. Operating theatre nurses' experience of patient-related, intraoperative nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 26, 449-457. doi:10.1111/j.1471-6712.2011.0094.x
- Kneedler, J. & Dodge, G. 1983. Perioperative patient care: the nursing perspective. St. Louise: Blackwell Scientific Publications.
- Korte, R., Rajamäki, A., Lukkari, L. & Kallio, A. 2000. Perioperatiivinen hoito. 2. painos. Helsinki: WSOY.
- Kvist, T., Vehviläinen-Julkunen, K. & Kinnunen J. 2006. Hoidon laatu ja siihen yhteydessä olevat tekijät. *Hoitotiede* Vol 18 No 3, 107-119.
- Kvist, T., Mäntynen, R., Turunen, H., Partanen, P., Miettinen, M., Wolf, G.A. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. How magnetic are Finnish hospitals measured by transformational leadership and empirical study outcomes? *Journal of nursing management* 21, 152-164. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2834.2012.01456.x>
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.

- Kylmä, J., Rissanen, M.L., Laukkanen, E., Nikkonen, M., Juvakka, T. & Isola, A. 2008. Aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä tietoa hoitotyön kehittämiseen. Tutkiva hoitotyö Vol 6 No 2, 23-29.
- Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede Vol 11 No 1, 3-12.
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Elo, S., Kanste, O. & Pölkki, T. 2011. Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. Hoitotiede Vol 23 No 2, 138-148.
- Laine, M., Bamberg, J. & Jokinen, P. 2008. Tapaustutkimuksen taito. 2. painos. Helsinki: Gaudeamus.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.08.1992/785.
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.06.1994/559.
- Leino-Kilpi, H., Kulju, K. & Stolt, M. 2012. Eettiset ohjeet hoitotyössä, 51-63. Sairaanhoidajan eettiset pelisäännöt. Hoitotyön vuosikirja. Helsinki: Fioca.
- Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2014. Etiikka hoitotyössä. 8. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro.
- Lindwall, L. & von Post, I. 2009. Continuity created by nurses in the perioperative dialogue - a literature review. Scandinavian journal of caring sciences 23, 395-401. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-6712.2008.00609.x>
- Lukkari, L., Kinnunen, T. & Korte, R. 2014. Perioperatiivinen hoitotyö. 1.-4. painos. Helsinki: Sanoma Pro.
- Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. 2013. Hallintosääntö. Viitattu 9.8.2017. http://www.lpshp.fi/media/files/hallintosaanto_1.1.2014.pdf
- Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiri. Viitattu 25.6.2017. <http://www.lpshp.fi/fi/osastot/leikkaus-ja-anestesiaosasto/heraamo.html>
- Malmivaara, A. 2016. Järjestelmät potilaan ja väestön parhaaksi. Duodecim 132, 1401-1403.
- Mattila, L.R. 2001. Vahvistumista ja tunnekokemuksen jakamista. Potilaan ja hoitajan vuorovaikutusta kuvaavan käsitejärjestelmän kehittäminen. Tampereen yliopisto. Terveystieteen laitos. Väitöskirja.
- Mäki, T. 2004. Laadun informaatio-ohjauksen haasteet. Hoitohenkilökunnan ja laatusuosituksen laadulle antamien merkitysten harmonisuus ja ristiriitaisuus. Kuopion Yliopisto. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Väitöskirja.
- Ojansivu, M. 2014. Oikea hoitaja oikeassa paikassa. Kuntalehti 27.2., 34-35.
- Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2014. Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. 3. uudistettu painos. Helsinki: SanomaPro Oy.

- Partanen, P. 2002. Hoitotyön henkilöstön mitoittaminen erikoissairaanhoidossa. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteiden laitos. Väitöskirja.
- Partanen, P., Pitkäaho, T., Kvist, T., Turunen, H., Miettinen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2008. Magneettisairaalamalli erinomaisen hoitotyön mahdollistajana. Teoksessa Koponen, L. & Hopia, H. (toim.) Vetovoimainen terveydenhuolto. Hoitotyön vuosikirja 2008. Helsinki: Sairaanhoidtajaliitto.
- Peltola, T. 2007. Empirian ja teorian vuoropuhelu. Teoksessa M. Laine, J. Bamberg & P. Jokinen (toim.) Tapaustutkimuksen taito. Helsinki: Gaudeamus, 111-129.
- Perälä, ML. 2008. Benchmarking-toimintaan hoitotyössä. Teoksessa Koponen, L. & Hopia, H. (toim.) Vetovoimainen terveydenhuolto. Hoitotyön vuosikirja 2008. Helsinki: Sairaanhoidtajaliitto.
- Pulkkinen, S. 2015. Hoitoisuusluokitus kuvaa työn sisältöä ja vaativuutta. Haava 3, 34-36.
- Pusa, A. 2007. The right nurse in the right place. Kuopion Yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Väitöskirja.
- Rainio, AK. & Ohinmaa, A. 2004. Henkilöstövoimavarojen käytön arviointi RAFAELA-hoitoisuusluokitusjärjestelmän avulla. Terveystaloustiede. Stakes, Aiheita No 3, 25-28.
- Rauhala, A. 2008. The validity and feasibility of measurement tools for human resources management in nursing - Case of RAFAELA system. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Väitöskirja.
- Rauhala, A. & Fagerström, L. 2004. Determining optimal nursing intensity: RAFAELA method. Journal of Advanced Nursing Vol 45 No 4, 351-359.
- Rauhala, A. & Fagerström, L. 2007. Are nurses' assessments of their workload affected by non-patient factors? An analysis of the RAFAELA system. Nursing management Vol 15 No 5, 490-499. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2834.2007.00645.x>
- Rauta, S., Salanterä, S., Nivalainen, J. & Juntila, K. 2013. Validation of the core elements of perioperative nursing. Journal of Clinical Nursing 22, 1391-1399. Viitattu 7.3.2017 <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04220.x>
- Rauta, S. 2014. HUS Hyks oper. ty. TtM. Luentomateriaali s.1-19. Syyskouluspäivät 2014.
- Rauta, S., Vesanen, T. 2015. Hoitoisuusluokitus perioperatiivisissa yksiköissä - Sairaanhoidajat tekevät tietoa. Pinsetti 2, 8-11.
- Rauta, S., Salanterä, S., Vahlberg, T. & Juntila, K. 2015. Testing an Instrument for Assessing Nursing Intensity in Perioperative Settings: Construct Validity.

- International Journal of Nursing Knowledge 13 OCT 2015, 1-8.
<http://dx.doi.org/10.1111/2047-3095.12117>
- Rauta, S., Salanterä, S., Vahlberg, T. & Junttila, K. 2017. The criterion validity, reliability and feasibility of an instrument for assessing the nursing intensity in perioperative settings. *Nursing research and practice* July 2017.
<http://dx.doi.org/10.1155/2017/1048052>
- Sairaanhoitopiirin strateginen suunnitelma 2017-2019. Länsi-Pohjan Sairaanhoitopiiri. Viitattu 30.9.2017. <http://lpshp.fi/hallinto/strategia.html>
- Salo, S. & Tähtinen, H. 1996. Etiikan puutarhassa. Eettisyys ja arki terveydenhuollossa. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.
- Sarvimäki, A. & Stenbock-Hult, B. 2009. Hoitotyön etiikka. Helsinki: Edita.
- Silvennoinen, AS., Salanterä, S., Meretoja, R. & Junttila, K. 2012. Sairaanhoitajan ammatillinen pätevyys perioperatiivisessa toimintaympäristössä. *Tutkiva hoitotyö* Vol 10 No 3, 22-31.
- Sinivuo, R., Koivula, M. & Kylmä, J. 2012. Havainnointi aineistonkeruumenetelmänä kliinisessä ympäristössä. *Hoitotiede* Vol 24 No 4, 291-301.
- Spruce, L. 2016. Back to basics: surgical skin antisepsis. *AORN journal* Vol 103 No 1, 95-103. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aorn.2015.11.002>
- Stalpers, D., Kieft, RAMM., van der Linden, D., Kaljouw, M. & Schuurmans, MJ. 2016. Concordance between nurse-reported quality of care and quality of care as publicly reported by nurse-sensitive indicators. *BMC Health Services Research* Vol 16 No 120, 1-8. Viitattu 15.12.2016.
<http://dx.doi.org/10.1186/s12913-016-1372-z>
- Sundqvist, AS., Holmefur, M., Nilsson, U. & Anderzén-Carlsson, A. 2016. Perioperative patient advocacy: an integrative review. *Journal of perianesthesia nursing* Vol 31 No 5, 422-433. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jopan.2014.12.001>
- Tengvall, E. 2010. Leikkaus- ja anestesiahoitajan ammatillinen pätevyys. Kyselytutkimus leikkaus- ja anestesiahoitajille, anestesiologeille ja kirurgeille. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.
- Tervo-Heikkinen, T. 2008. Hoitotyön vaikuttavuus erikoissairaanhoidossa. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteiden laitos. Kuopio. Väitöskirja.
- Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta: Näkökulmia kehittämisprosessiin, osallistamiseen ja tiedontuotantoon. 2. painos. Tampere: Tampere University Press.
- Tuomi, J. 2007. Tutki ja lue. Johdatus tieteellisen tekstin ymmärtämiseen. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 1. – 3. painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5., uudistettu laitos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Varantola, K., Launis, V., Helin, M., Spoof, SK. & Jäppinen, S. 2013. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Helsinki.
- Vesanen, T. 2015. Hoitoisuusluokitus perioperatiivisissa yksiköissä ”Mahdollisuus vaikuttaa”. Suomen anestesia- ja sairaanhoitajat ry. Spirium No 2, 36-38.
- Vilka, H. 2006. Tutki ja havainnoi. Helsinki: Tammi.
- Von Post, I. 1998. Perioperative Nurses' Encounter with Value Conflicts. Scandinavian Journal of Caring Sciences Vol. 12 Issue 2, 81-88.
- Williams, B., Perillo, S. & Brown, T. 2015. What are the factors of organisational culture in health care settings that act as barriers to the implementation of evidence-based practice? Nurse Education Today 35, e34-e41. Viitattu 13.12.2016 <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedddt.2014.11.012> 0260-6917
- Yin, R. 2003. Case study research. Design and methods. 3. painos. California: Sage Publications.

LIITTEET

- Liite 1. Yhteistyösopimus
- Liite 2. Tutkimuslupa
- Liite 3. Kysely
- Liite 4. Hyvän ja laadukkaan perioperatiivisen hoitotyön tarkistuslista

Yhteistyösopimus

Liite 1 (2/2) Opinnäytetyön nimikirjoituslomake

II Opinnäytetyön nimikirjoituslomake

Työpaikasta	
Työpaikan nimi	Länsi-Pohjan Keskussairaala, Leikkaus- ja anestesiaosasto
Nimi	Katriina Luukkala
Osasto	Osastonhoitaja
Sähköposti	

Opinnäytetyön nimi ja aihe	
Opinnäytetyön nimi: Hyvän hoidon laadun määrittäminen Länsi-Pohjan keskussairaalan Leikkaus- ja anestesiaosastolle	
Opinnäytetyön ohjaajan nimi	Tulkimussuunnitelma
Opinnäytetyön ohjaajan nimi	Katriina Luukkala toimii mentorina
<input type="checkbox"/> Opinnäytetyön ohjaajan nimi <input checked="" type="checkbox"/> Opinnäytetyön ohjaajan nimi <input checked="" type="checkbox"/> Opinnäytetyön ohjaajan nimi <input checked="" type="checkbox"/> Opinnäytetyön ohjaajan nimi <input checked="" type="checkbox"/> Opinnäytetyön ohjaajan nimi <input checked="" type="checkbox"/> Opinnäytetyön ohjaajan nimi	
Ohjaajan nimi: <i>Katriina Luukkala</i>	

III Opinnäytetyön ohjaajan nimi

Ohjaajan nimi	
Opinnäytetyön ohjaajan nimi	Johanna Jääskeläinen, Riikka Peura
Osasto	
Sähköposti	
Opinnäytetyön ohjaajan nimi: Ylempi AMK, Terveystieteiden	
<input type="checkbox"/> Opinnäytetyön ohjaajan nimi <input checked="" type="checkbox"/> Opinnäytetyön ohjaajan nimi <input checked="" type="checkbox"/> Opinnäytetyön ohjaajan nimi <input checked="" type="checkbox"/> Opinnäytetyön ohjaajan nimi <input checked="" type="checkbox"/> Opinnäytetyön ohjaajan nimi	
Ohjaajan nimi: <i>Johanna Jääskeläinen</i> <i>Riikka Peura</i>	

Liite 1 (2/2) Opinnäytetyön nimikirjoituslomake

III Opinnäytetyön ohjaajan nimi

Ohjaajan nimi	
Opinnäytetyön ohjaajan nimi	Paloste Airi
Koulutuspaikan nimi	Lapin AMK, Kemi
Sähköposti	
Koulutuspaikan nimi	
Opinnäytetyön ohjaajan nimi	Paloste Airi
Sähköposti	
Ohjaajan nimi: <i>Airi Paloste</i>	

Opinnäytetyön ohjaajan nimi: Paloste Airi
 Opinnäytetyön ohjaajan nimi: Paloste Airi

Tutkimuslupa

OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

Hakijan / hakijoiden henkilötiedot	Nimi	Herätkönnös	
	Jääskeläinen, Johanna & Peura, Riikka	Postinumero	Postitoimipakka
	Katuosoite		
	Puhelin	Sähköpostiosoite	
Opinnäytetyön ohjaaja(t)	Tutkimuskeskus, opettajisto tai muu yhteisö	Hakijan tähtivaikko-asema	
	Lapin AMK, Terveyden edistämisen YAMK	Sairaanhoitaja	
	Nimi	Opinnoista ja ammatti	
	Palosta, Aili	yliopettaja	
Toimeksiantaja	Toimeksiantaja		
	Lähti-Pohjan Shp kuntayhtymä		
	Yhteystiedot		
Paikalla ja allekirjoitus	Paikka ja päivämäärä	Allekirjoitus	
	Kemi 15.2.12	Harjoitus Pönnönen	
Luvan myöntäminen	<input checked="" type="checkbox"/> Tutkimuslupa myönnetään	<input type="checkbox"/> Tutkimuslupa evätään	
	Perustelut		
Paikalla ja allekirjoitus	Paikka ja päivämäärä	Allekirjoitus	
	Kemi 15.2.12	Harjoitus Pönnönen	
Myöntämisen ehdot	Myöntämisen ehdot:		
	<input checked="" type="checkbox"/> Hakijan tulee toimittaa valmis raportti ja tarvittaessa tutkimuksen tulokset suullisesti		
Päätöksestä tiedottaminen	<input checked="" type="checkbox"/> Hakija vastaa kustannuksista itse, ei ei toisin sovita		
	<input type="checkbox"/> Muu ehto		
Päätöksestä tiedottaminen	<input checked="" type="checkbox"/> Opinnäytetyön hakijalle/hakijoille	<input type="checkbox"/> ohjaaville opettajille	
	<input type="checkbox"/> yksiköille, josta luvan myöntäminen koskee	<input type="checkbox"/> jokin muu, kuka?	

Arvoisat työtoverit,

Opiskelemme Lapin AMK:ssa Terveystieteiden edistämisen koulutusohjelmassa ylempää sairaanhoitajan AMK -tutkintoa. Teemme opinnäytetyötä L-PKS:n leikkaus- ja anestesiaosastolle. Opinnäytetyön tarkoitus on kuvailla, minkälaista on hyvä ja laadukas perioperatiivinen hoitotyö L-PKS:n leikkaus- ja anestesiaosastolla.

Hyvän ja laadukkaan perioperatiivisen hoitotyön määrittäminen perustuu koko hoitohenkilökunnan yhteiseen näkemykseen hyvästä ja laadukkaasta hoitotyöstä. Hyvän ja laadukkaan perioperatiivisen hoitotyön kuvaileminen tehdään RAFAELATM -hoitoisuusluokitusjärjestelmän PERIHOIq -mittarin mukaan. Siinä perioperatiivinen hoitotyö on jaettu kuuteen osa-alueeseen, sisältäen kaikki tarvittavat hoitotyön toiminnot potilaiden hyvän hoidon saamiseksi.

Pyydämme teitä ystävällisesti vastaamaan kuhunkin numeroituun kysymykseen ***kuvailemalla konkreettisia, välillisesti ja välittömästi potilaiden hoitamiseen liittyviä toimintoja, jotka mielestänne kuuluvat hyvään ja laadukkaaseen hoitotyöhön.*** Kyseilyyn vastaamalla teillä on mahdollisuus kertoa arvionne siitä, ***millä eri tavoin potilaat saavat hyvää ja laadukasta hoitoa L-PKS:n leikkaus- ja anestesiaosastolla.*** Kirjallisen kyselyn lisäksi keräämme tietoa havainnoimalla, miten hoitajat toteuttavat hyvää ja laadukasta hoitotyötä L-PKS:n leikkaus- ja anestesiaosastolla.

Tutkimustuloksista tehdään tiivistetty versio. Se kertoo, mitä hyvältä ja laadukkaalta hoitotyöltä odotetaan. Tiivistettyä versiota käytetään leikkaus- ja anestesiaosaston optimaalisen hoitoisuuden (PAONCIL) määrittämisessä. Tällöin arvioidaan, ovatko hoitajat voineet hoitaa potilaansa näiden hyvän ja laadukkaan perioperatiivisen hoitotyön määrittelyjen mukaisesti.

Pyydämme teitä ystävällisesti palauttamaan vastauksenne 24.2.2017 mennessä leikkaus- ja anestesiaosaston valvomossa olevaan laatikkoon. Vastauksenne tullaan käsittelemään niin, ettei kenenkään henkilöllisyys paljastu.

Kiitämme teitä ajastanne ja vastauksistanne!

Lisätietoja

Johanna Jääskeläinen

Riikka Peura

Liite 3 2(3)

Kuvailkaa, mitä toimintoja PERIOPERATIIVISEN HOIDON SUUNNITTELU JA JÄRJESTÄMINEN sisältävät toteuttaessanne potilaan hyvää ja laadukasta hoitotyötä.

Kuvailkaa, mitä toimintoja FYSIOLOGINEN TASAPAINO sisältää toteuttaessanne potilaan hyvää ja laadukasta hoitotyötä.

Kuvailkaa, mitä toimintoja LÄÄKEHOITO, KIPU JA PAHOINVINTI sisältävät toteuttaessanne potilaan hyvää ja laadukasta hoitotyötä.

Liite 3 3(3)

Kuvailkaa, mitä toimintoja ASEPTIIKKA sisältää toteuttaessanne potilaan hyvää ja laadukasta hoitotyötä.

Kuvailkaa, mitä toimintoja AKTIVITEETTI/LEPO, LIIKKUMINEN JA ASENTO sisältävät toteuttaessanne potilaan hyvää ja laadukasta hoitotyötä.

Kuvailkaa, mitä toimintoja TUKI, OHJAUS JA JATKOHOITO SEKÄ NÄYTTEET JA TUTKIMUKSET sisältävät toteuttaessanne potilaan hyvää ja laadukasta hoitotyötä.

Kiitos!

Mikäli vastaukseen varattu tila ei riitä, voitte jatkaa vastaustanne kääntöpuolelle.

Hyvän ja laadukkaan perioperatiivisen hoitotyön tarkistuslista Liite 4 1(2)

Perioperatiivisen hoitotyön suunnittelu ja järjestäminen

Potilaan hoitoa suunnitellaan ja järjestetään asianmukaisesti täytettyjen toimenpide- ja esitietojen perusteella.

Potilaalle luodaan turvallinen hoitoympäristö huolellisella valmistautumisella ja varautumisella.

Potilas vastaanotetaan leikkaussaliin rauhallisesti ja asiallisesti.

Tiedonkulku varmistetaan kirjaamalla ja tarkistuslistaa käyttämällä.

Henkilökunnan osaaminen varmistetaan perehdytyksen sekä ajantasaisten ja helposti löytyvien ohjeiden avulla.

Fysiologinen tasapaino

Potilaan hoitoa suunnitellaan ja valmistellaan asianmukaisesti täytettyjen ja riittävien esitietojen perusteella.

Potilaan elintoimintojen tarkkaileminen ja voinnin seuraaminen vastaavat hänen kuntoaan ja yksilöllisiä hoidon tarpeitaan.

Potilaan hoitaminen vastaa hänen kuntoaan ja yksilöllisiä tarpeitaan.

Potilaan voinnista tiedotetaan kaikkien hänen hoitoonsa osallistuvien kesken.

Potilaan vointi ja hoito kirjataan huolellisesti.

Lääkehoito, kipu ja pahoinvointi

Potilaan lääkehoitoa suunnitellaan, valmistellaan ja toteutetaan asianmukaisesti täytettyjen esitietojen ja kirjausten perusteella.

Lääkehoitoa toteutetaan lääkärin kirjaamien määräysten mukaan.

Potilaan hyvinvoinnista ja mahdollisimman kivuttomasta olostä huolehditaan.

Potilaan kipua arvioidaan VAS-asteikkoa käyttämällä.

Lääkkeiden vaikutuksia arvioidaan ja kirjataan.

Hoidon jatkuvuus turvataan kirjaamalla ja raportoimalla.

Kirjalliset ja ajantasaisten ohjeet ovat helposti saatavilla turvallisen lääkehoidon toteuttamiseksi.

Aseptiikka

Perehdytyksellä ja ajantasaisilla ohjeilla varmistetaan hoitajien osaaminen infektioiden syntymisen ja leviämisen ehkäisyssä.

Leikkaussalit varustellaan asianmukaisesti leikkaussaliliikenteen vähentämiseksi.

Antibioottiprofylaksia annetaan oikea-aikaisesti.

Potilaan yksilölliset hoidon tarpeet, kuten ihon kunto, huomioidaan infektioiden syntymisen ja leviämisen ehkäisyssä.

Aseptista toimintaa tarkkaillaan ja toimintaa ohjataan tarvittaessa.

Aseptiikka varmistetaan hoitotyön kaikissa vaiheissa.

Toimintaa ohjaa aseptinen omatunto.

Aktiviteetti/lepo, liikkuminen ja asento

Potilasta tuetaan ja avustetaan turvallisessa liikkumisessa ja siirtymisissä.

Leikkausasentoa laitetaan yhdessä potilaan kanssa liikerajoitukset ja yksilölliset ominaisuudet huomioiden.

Luodaan riittävän rauhallinen tai virikkeinen ympäristö, potilaan toiveet huomioiden.

Leikkausasentoa tarkkaillaan toimenpiteen aikana.

Asentohoitoa toteutetaan pitkien leikkausten aikana.

Asentoa tuetaan ja muutetaan heräämössä.

Potilaita kannustetaan, aktivoidaan ja motivoidaan liikkumisessa.

Tuki, ohjaus ja jatkohoito sekä näytteet ja tutkimukset

Potilaan kokema pelko/ahdistus/jännitys tunnistetaan ja siihen reagoidaan.

Potilasta tiedotetaan ja pidetään ajan tasalla saamastaan hoidosta.

Jatkohoito-ohjeet varmistetaan, kirjataan ja tiedotetaan potilaan hoitoon osallistuville.

Kaikki potilaat saavat yksilöllistä tukea ja ohjausta.

Potilaita tuetaan myönteisen kokemuksen syntymisessä. Näytteiden ja tutkimusten kanssa toimitaan ajantasaisten ohjeiden mukaan.